



*Campus* Universitário de  
Almada  
Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares

Maria de Fátima Barata Dias Mendes

48611

**Contributos da Perceção da Doença e Regulação Emocional  
para a Qualidade de Vida em Doentes Renais.**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Orientadora: Professora Doutora Maria João Figueiras**

**Almada, 30 de Abril de 2018**

## **DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

**A presente dissertação foi realizada por** Maria de Fátima Barata Dias Mendes do Ciclo de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, no ano letivo de 2017/2018.

A sua autora declara que:

- (i) Todo o conteúdo das páginas que se seguem é de autoria própria, decorrendo do estudo, investigação e trabalho do seu autor.
- (ii) Este trabalho, as partes dele, não foi previamente submetido como elemento de avaliação nesta ou outra instituição de ensino/formação.
- (iii) Foi tomado conhecimento das definições relativas ao regime de avaliação sob o qual este trabalho será avaliado, pelo que se atesta que o mesmo cumpre as orientações que lhe foram impostas.
- (iv) Foi tomado conhecimento de que a versão digital deste trabalho poderá ser utilizada em atividades de deteção eletrónica de plágio, por processos de análise comparativa com outros trabalhos, no presente e /ou no futuro.
- (v) Foi tomado conhecimento que este trabalho poderá ficar disponível para consulta no Instituto Piaget e que os seus exemplares serão enviados para as entidades competentes e prevista na legislação.

**Almada 30 de Abril 2018**

**Maria de Fátima Barata Dias Mendes**

## **Dedicatória**

*Á minha Neta, Meu Amor Maior*

*Madalena Mendes dos Santos*

## Agradecimentos

*Á Família meu Porto de Abrigo!*

Esta dissertação não seria realizável sem a ajuda imprescindível de muitas pessoas que de forma amável deram o seu contributo nas várias fases do meu percurso académico, o qual deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

A todos os Docentes sem exceção, que comigo percorreram este caminho. Foi para mim um privilégio!

Á Professora Doutora Maria João Figueiras, orientadora da dissertação, que também me acompanhou enquanto docente, e que desde o primeiro momento, teve sempre disponibilidade, abertura e paciência nas diversas fases deste trabalho, que permitiu finalizar com êxito o que me propusera a realizar; Bem-haja!

Aos doentes que participaram neste estudo, pois sem eles, não seria possível a concretização do mesmo.

Á Associação Portuguesa de Insuficientes Renais pela disponibilidade e colaboração ao promover a divulgação deste estudo na recolha dos dados para a realização desta dissertação.

*Este documento foi  
elaborado segundo o  
Novo Acordo Ortográfico de 1990 e o  
Guia para o Estilo de Escrita da APA  
(versão para a 6ª edição), salvo exceções  
Relacionadas com as diretrizes propostas  
pelo ISEIT.*

## **RESUMO**

A insuficiência renal crónica, diagnóstico e tratamento, os doentes renais em processo dialítico, apresentam problemas emocionais e psicológicos significativos, que podem ter um impacto negativo considerável na saúde física e emocional, refletindo-se na qualidade de vida. Assim sendo, o presente estudo pretende (1) Caracterizar as dimensões da perceção da doença, qualidade de vida percebida, qualidade de vida de doentes renais (específica) e dificuldades de regulação emocional numa amostra de doentes com insuficiência renal crónica. (2) Analisar se a perceção da doença, as dimensões específicas da qualidade de vida dos doentes renais e as dificuldades de regulação emocional são preditores significativos da qualidade de vida dos doentes com insuficiência renal crónica em diálise. Trata-se de um estudo com metodologia transversal, em que 180 participantes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, completaram um inquérito divulgado através das redes sociais.

Os resultados do nosso estudo sobre a perceção de doença, sugerem que os doentes renais apresentam uma crença fraca no controlo da doença através do tratamento, descreve uma perceção de cronicidade da doença, com consequências graves, baixa compreensão e pouco controlo pessoal. Apesar destes resultados, a perceção de doença não se revela significativamente como preditor de qualidade de vida.

O mesmo se verifica na regulação emocional, apesar dos nossos resultados apresentarem níveis moderados de dificuldades de regulação emocional, não se revelaram preditores significativos da qualidade de vida percebida.

**Palavras-chave:** Regulação Emocional; Perceção da Doença; Qualidade de Vida; Hemodiálise, doença crónica

## **ABSTRACT**

Chronic renal failure, as well as the diagnosis and treatment present significant emotional and psychological problems for renal patients in the dialysis process, which can have a considerable negative impact on physical and emotional health. The present study aims to (1) characterize illness perceptions, emotional regulation difficulties and perceived quality of life in a sample of patients suffering from chronic renal failure (2). Analyze whether the perception of the disease, the specific dimensions of the quality of life of renal patients and the difficulties of emotional regulation are significant predictors of the quality of life of patients with chronic renal failure on dialysis. It is a cross-sectional study, in which 180 participants of both sexes between the ages of 20 and 60 completed a social network.

The results of our study on disease perception suggest that kidney patients have a weak belief in disease control through treatment, describes a perception of chronicity of the disease, with serious consequences, low understanding and little personal control. Despite these results, the perception of disease does not reveal itself as a predictor of quality of life.

The same is true of emotional regulation, although our results show moderate levels of difficulties of emotional regulation, were not significant predictors of perceived quality of life.

**Keywords:** Emotional Regulation; Disease Perception; Quality of life; Hemodialysis, chronic disease

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESUMO.....   | 5  |
| ABSTRACT.....   | 6  |
| ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS.....   | 9  |
| ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....   | 10 |
| INTRODUÇÃO.....   | 11 |
| I- REVISÃO DA LITERATURA.....   | 14 |
| 1-Revisão da Literatura.....  | 15 |
| Insuficiência Renal Crónica.....  | 16 |
| 1.1 Qualidade de vida.....  | 17 |
| 1.2 Qualidade de vida da pessoa hemodialisada.....                                | 18 |
| 1.3 Perceção da Doença.....   | 20 |
| 1.4 Doença Renal, Emoções e Regulação Emocional.....                              | 24 |
| II- METODOLOGIA.....  | 28 |
| 2. Metodologia.....   | 29 |
| 2.1. Objetivos.....   | 29 |
| 2.2. Método.....  | 29 |
| 2.3 Desenho do Estudo.....  | 29 |
| 2.4. Participantes.....   | 29 |
| 2.5. Procedimento.....  | 29 |
| 2.6. Instrumentos (Medidas).....  | 30 |
| 2.6.1. Escala Qualidade de Vida relacionada com a saúde KDQOL-SF.....             | 30 |
| 2.6.2. Escala de Perceção da Doença IPQ-R.....                                    | 31 |
| 2.6.3. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.....                         | 32 |
| 2.7. Análise Estatística.....   | 33 |
| III- RESULTADOS.....  | 35 |
| 3. Caracterização da Amostra.....   | 36 |
| 3.1. Análise descritiva das Dimensões da Representação cognitiva da Doença.....   | 37 |
| 3.2. Análise descritiva da perceção da doença-atribuições causais associadas..... | 38 |
| 3.3. Análise descritiva das dimensões da Qualidade de Vida SF-36.....             | 38 |
| 3.4. Caracterização do questionário KDQOL-SF.....                                 | 39 |
| 3.5. Caracterização das Dificuldades de Regulação Emocional.....                  | 40 |



|  |    |
|--|----|
| 3.6. Análise descritiva da Perceção da Doença.....                               | 41 |
| 3.7. Análise descritiva da Qualidade de Vida SF-36.....                          | 42 |
| 3.8. Análise comparativa de acordo com variáveis sociodemográficas.....          | 42 |
| 3.9 Análise descritiva das diferenças sexo em função da Regulação Emocional..... | 43 |
| 4. Análise comparativa diferenças sexo na qualidade de vida.....                 | 44 |
| 4.1. Análise comparativa por grupo etário.....                                   | 45 |
| 4.2. Correlação entre Qualidade de vida percebida e tempo de diálise.....        | 48 |
| 5. RESULTADOS.....   | 49 |
| 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....   | 50 |
| 7. CONCLUSÃO.....  | 54 |
| 8. LIMITAÇÕES .....  | 55 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....   | 56 |
| ANEXOS.....  | 61 |

## **ÍNDICE DE TABELAS**

|  |        |
|--|--------|
| Tabela 1- Consistência interna das medidas utilizadas (N180).....              | pág.34 |
| Tabela 2- Caracterização sociodemográfica (N180).....                          | pág.36 |
| Tabela 3- Número de doentes em Diálise e Hemodiálise.....                      | pág.37 |
| Tabela 4- Análise descritiva da qualidade de vida KDQOL.....                   | pág.40 |
| Tabela 5- Valores médios das dimensões da perceção da doença.....              | pág.41 |
| Tabela 6- Qualidade de vida percecionada.....                                  | pág.42 |
| Tabela 7- Diferenças de sexo na perceção da doença.....                        | pág.43 |
| Tabela 8-Relação entre diferenças sexo e dificuldades regulação emocional..... | pág.43 |
| Tabela 9- Diferenças sexo na qualidade vida (SF-36).....                       | pág.44 |
| Tabela 10- Diferenças por grupo etário.....                                    | pág.47 |
| Tabela 11- Análise correlacional Q.V. Percecionada e tempo de diálise.....     | pág.48 |

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

|  |        |
|--|--------|
| Gráfico 1- Análise descritiva das dimensões do IPQ-R (n=180) .....     | pág.37 |
| Gráfico 2- Atribuições causais à IRC (n 180).....                      | pág.38 |
| Gráfico 3- Dimensões da QV percecionada (Sf-36) N=180.....             | pág.39 |
| Gráfico 4-Dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional N=180..... | pág.41 |

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>ANEXO A- CONSENTIMENTO INFORMADO.....</b>                | <b>pág.60</b> |
| <b>ANEXO B-TABELA CAUSAS ASSOCIADAS À DOENÇA RENAL.....</b> | <b>pág.61</b> |
| <b>ANEXO C-ESTATISTICA DESCRITIVA(IPQ&amp;SF-36) .....</b>  | <b>pág.62</b> |
| <b>ANEXO D-ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (SF-36).....</b>        | <b>pág.62</b> |
| <b>ANEXO E-ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (KDQOL).....</b>        | <b>pág.63</b> |
| <b>ANEXO F-TABELA RESUMOS DOS MODELOS.....</b>              | <b>pág.66</b> |
| <b>ANEXO G-TABELA DESCRITIVA (EDRS).....</b>                | <b>pág.65</b> |
| <b>ANEXO H- TABELAS ANOVA DO MODELO.....</b>                | <b>pág.66</b> |
| <b>ANEXO I- COEFICIENTES DE SAÚDE FÍSICA/EMOCIONAL.....</b> | <b>pág.67</b> |

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APIR- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

DGS-Direção Geral de Saúde

DRCT- Doença Renal Crónica Terminal

DRC- Doença Renal Crónica

DR- Doença Renal

DP- Diálise Peritoneal

EDRE-Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

ESDR- End Stage Renal Disease

HD- Hemodiálise

INE- Instituto Nacional Estatística

IPQ-R-Escala da Perceção de Doença

IR- Insuficiência Renal

IRC- Insuficiência Renal Crónica

IRC T-Insuficiência renal crónica terminal

MOS-SF-36- Medical Outcomes Study, - Short Form Health Survey (SF-36)

PD- Portal da Diálise

QVD- Qualidade de Vida

SPN- Sociedade Portuguesa de Nefrologia

## INTRODUÇÃO

A doença crónica é um termo utilizado para representar a condição de saúde do indivíduo, referindo-se a uma experiência de vida que envolve a permanência e desvio do normal, causado por patologias, causando perdas e disfunções, bem como alterações no quotidiano das pessoas (Taylor, Taylor, Baharani, Nicholas, & Combes, 2016).

A Doença Renal Crónica (DRC), é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo e está associada a uma série de complicações adversas e a uma ampla gama de sintomas debilitantes, na medida em que a doença progride os rins pioram e a função renal é inferior a 50% podem surgir sinais e sintomas como a anemia, a astenia, hipertensão .

Ao longo da vida, as pessoas vivenciam transições, quando acontece algo de inesperado ligado à saúde e doença como a Doença Renal Crónica, o medo é normal como é normal sentir-se deprimido quando se enfrenta uma doença crónica(M. Pereira & Lopes, 2002). Esta condição de viver com doença renal crónica traduz-se na maior parte das vezes à submissão de hemodiálise, um tratamento de suporte de vida para estas pessoas. Caracterizada por ser extenso no tempo e requerer adesão ao regime terapêutico, incluindo restrições alimentares de vária natureza que passa pela: perda da liberdade, dependência de cuidadores, rompimento com a vida conjugal, familiar e social e também pelas perdas financeiras Pereira et.al., (2016).

A perda progressiva da função renal e o recurso indispensável a técnicas substitutivas dessa função caracteriza a DRC. Sabe-se que a vida individual e social da pessoa com esta doença, qualquer que seja a sua idade, vulnerabiliza-se, sofre distúrbios e desajustes relativamente aos padrões convencionais de vida em sociedade.

Algumas das características da doença crónica são a indefinição da sua duração e a exigência que faz de uma nova gestão do quotidiano da pessoa doente, exigindo-lhe reorganização de toda a sua vida social, familiar, escolar ou laboral(Lindsay, MacGregor, & Fry, 2014).

Os pacientes com doença renal crónica (DRC) formam crenças organizadas em relação à sua doença e tratamento. Perceções que influenciam as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo próprio, como forma de gerir a sua doença, e podem atuar como preditores da sua vontade ao adaptar -se aos comportamentos de autogestão (Clarke, Yates, Smith, & Chilcot, 2016b).

As representações cognitivas de doença e as dificuldades de regulação emocional em doentes crónicos, também podem ter um impacto considerável na qualidade de vida (Clarke et al., 2016b).

## **I- REVISÃO DA LITERATURA**

## **1. Revisão da Literatura**

A população mundial está a ficar mais envelhecida, um fenómeno que afeta as sociedades desenvolvidas e em vias de desenvolvimento. A idade é o fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão e da diabetes mellitus que muitas vezes levam à insuficiência renal crónica (J. P. T. G. Pereira et al., 2016) .

Em Portugal, como nos outros países da União Europeia, o envelhecimento da população é uma realidade e reflete não só o sucesso das novas tecnologias de saúde, como, também a melhoria das condições socioeconómicas e da oferta de cuidados promotores de uma maior longevidade, comum aos países mais desenvolvidos (J. P. T. G. Pereira et al., 2016) .

Os progressos da economia e medicina, que aumentaram a esperança média de vida das populações, foram acompanhados também de novos fatores de risco, incluindo novos estilos de vida, menos saudáveis e promotores do desenvolvimento de doenças crónicas (J. P. T. G. Pereira et al., 2016) .

Esta caracterização é necessária para refletirmos que se trata de uma doença com um grande peso económico no Sistema de Saúde e uma enorme responsabilidade para quem tem que a vivenciar.

### **INSUFICIÊNCIA RENAL**

A Insuficiência Renal consiste na perda lenta progressiva e irreversível da função renal, com redução do ritmo de filtração glomerular por um período de três meses ou mais, independentemente do diagnóstico (Barros, 2007).

Estima-se que na população em geral 1 em cada 10 adultos sofram de doença renal crónica. Portugal é, na Europa, a par da Turquia, o País com maior incidência de Doença Renal Crónica (DRC),(J. P. T. G. Pereira et al., 2016).

Ao contrário da insuficiência renal aguda, em que pode ocorrer uma recuperação completa da função renal, na insuficiência renal crónica (IRC) os rins estão lesados permanentemente. Os doentes com esta patologia são submetidos durante anos a restrições alimentares, entre outras, no entanto torna-se inevitável, com o passar do tempo, a introdução de uma terapia de substituição renal (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A doença renal crónica é comum e é considerada atualmente, um problema de saúde pública (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Segundo esta entidade a IRC é atualmente classificada em 5 estadios, dependendo do grau da função renal.

Estadio 1- Lesão renal leve

Estadio 2- Insuficiência renal leve

Estadio 3- Insuficiência renal moderada

Estadio 4- Insuficiência renal severa

Estadio 5- Insuficiência renal terminal ou dialítica (IRCT)

A identificação da população em risco pode ser determinada por análises laboratoriais simples, o diagnóstico nesta fase é importante, uma vez que o tratamento adequado é capaz de reduzir a progressão da doença para IRTC, e de corrigir as complicações da doença ao mesmo tempo prevenir a evolução precoce para o óbito (Pun, Herzog, & Middleton, 2012). À medida que os anos passam, a doença vai evoluindo e as lesões podem tornar-se irreversíveis.

De salientar que a doença, em geral, é silenciosa nos estadios iniciais, no entanto os sintomas começam a manifestar-se após perda de 50% da função renal e são inespecíficos, manifestam-se em comum com Anemia; Hipertensão Arterial; náuseas, vômitos; edema dos olhos e dos pés, alterações na eliminação vesical e alterações na coloração da urina (Bastos & Kirsztajn, 2011).

A diabetes e a hipertensão arterial são identificadas como as principais causas de insuficiência renal crónica, em cerca de 31% e 17% dos casos, respetivamente (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, 2016).

O Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal, revelou que em 2009 existiam 905.035 portugueses entre os 20 e os 79 anos de idade com diabetes mellitus tipo 2.



Destes, cerca de 400 000 (43,6%) do total) não sabiam que eram portadores desta doença crónica. O mau controlo da diabetes é um dos grandes fatores de risco para a progressão da doença renal (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, 2016).

Apesar das restrições alimentares, hídricas e terapêutica prescrita, os rins vão perdendo progressivamente a sua função e tornam-se incapazes do seu desempenho. O que se considera como insuficiência renal terminal, o que implica, que nesta fase da doença é obrigatório ponderar submeter o doente a terapia de substituição da função renal (Diálise ou Transplante), uma vez que os sinais, sintomas, dados clínicos e laboratoriais assim o determinam.

Este é também o período para a programação de construção de um acesso venoso para diálise, na maioria das vezes a construção de FAV (Fístula Arteriovenosa). A criação cirúrgica do acesso é um sinal inequívoco de que a diálise está iminente, é também, por isso a altura ideal para a preparação psicológica final (Weinhandl et al., 2015).

Em Portugal, segundo o relatório anual do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, (SPN) durante o ano anterior estiveram 19700 pessoas em tratamento de substituição, dos quais 11738 em HD (Nefrologia, 2017).

Para a maioria dos doentes em diálise, o objetivo de vida a nível da saúde é o transplante renal (Abecassis et al., 2008). Alguns estudos de qualidade de vida mostram que um transplante bem-sucedido oferece a hipótese de viver uma vida quase normal e está associado a melhor perceção de satisfação com a vida.

No entanto, estes doentes têm pela frente um longo caminho de adaptação física e psicológica que se torna complicada na maioria das vezes. Para além da carga de imunossupressores com todos os efeitos secundários, a ida regular a consultas, a tomada de consciência de “um órgão estranho” no organismo, ao qual tem de se adaptar (Turner, Bauer, Abramowitz, Melamed, & Hostetter, 2012).

Razão pelo qual é frequente alguns doentes que integram lista de transplante, recusarem a cirurgia pelo facto de não se decesionarem com a rejeição do enxerto, ou com o facto de pensar que podem receber um órgão de um dador vivo ou cadáver (Gesualdo et al., 2017).

De acordo com os registos da Sociedade Portuguesa de Transplantação a idade média dos doentes transplantados tem vindo a aumentar, no entanto, este não é um fator

impeditivo de uma melhoria da sobrevida do enxerto, também a taxa de rejeições agudas tem apresentado uma descida constante e muito significativa (J. P. T. G. Pereira et al., 2016).

Não existem dúvidas que o transplante renal é o tratamento de 1ª linha para muitos doentes, o que em geral, permite uma melhor qualidade de vida que a diálise (Coelho, Diniz, Hartz, & Dussault, 2014).

A Diálise é a técnica de filtração para substituir a função renal, uma vez que a sua insuficiência não permite a eliminação das substâncias tóxicas do organismo. Sendo que engloba Diálise Peritoneal e Hemodiálise. A Hemodiálise é atualmente definida como sendo a técnica de depuração extra-renal que utiliza membranas dialisantes artificiais semipermeáveis (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A adaptação do doente a um programa de HD é um processo complexo e exigente. Para além da adaptação em casa ao plano alimentar, restrição de líquidos, cuidados com o acesso venoso, entre outros, o doente sofre muitas vezes complicações intradialítica difíceis de suportar. As câibras, hipotensão e vômitos são os sintomas mais frequentes.

Os doentes crónicos em hemodiálise distinguem-se por serem confrontados diariamente com o facto de que a sua vida só é possível graças a um profundo conhecimento científico aliado a alta tecnologia, contudo mesmo com o avanço da tecnologia e apesar das inovações. As práticas dialíticas provocam profundas alterações físicas, psicológicas e sociais que inevitavelmente interferem nas atividades da vida diária dos indivíduos e famílias e consequentemente na qualidade de vida dos indivíduos (Cohen & Weisbord, 2008).

Para estes autores esta condição de saúde provoca drásticas alterações nas atividades de vida diária, sendo uma das doenças mais exigentes, quer pela agressividade do tipo de tratamento, quer pela sua necessária continuidade.

### **1.1. Qualidade de Vida**

Qualidade de vida é um termo comumente usado na linguagem do dia-a-dia e no contexto de pesquisa científica, em diferentes áreas. É um conceito complexo, ambíguo, difere de cultura em cultura e de indivíduo para indivíduo, estando diretamente relacionado com a percepção que cada indivíduo tem de si próprio, dos outros e do mundo que o rodeia.

A Organização Mundial e Saúde (1994), define a QV como: “*a percepção do individuo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” Partindo deste conceito, a OMS desenvolveu o WHOQOL, instrumento para medir a qualidade de vida.

Pais Ribeiro refere-se a qualidade de vida como um conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspetos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar atividades com segurança e com máximo aproveitamento possível da energia de cada um (Pais-Ribeiro, 1994). Refere também a qualidade de vida como um conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspetos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar atividades com segurança e com o máximo aproveitamento possível da energia de cada um.

## **1.2. Qualidade de vida da pessoa hemodialisada**

Avaliar a qualidade de vida é um processo complexo, as patologias crónicas têm recebido especial atenção por parte das equipas multidisciplinares dos profissionais de saúde, (Anes & Ferreira, 2009) a doença renal crónica, é considerada um problema de saúde pública, responsável por elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Pinho, Oliveira, & Pierin, 2015).

A qualidade de vida dos doentes renais crónicos submetidos a hemodiálise está comprometida em muitos aspetos, principalmente no estado geral de saúde, vitalidade e aspetos emocionais (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010b).

É visível o crescente interesse da avaliação da qualidade de vida na insuficiência renal crónica terminal, com as práticas dialíticas a provocarem profundas alterações nas atividades diárias dos indivíduos (F Picariello, Moss-Morris, Macdougall, & Chilcot, 2017).

O início da diálise caracteriza-se habitualmente por um curto período correspondente às primeiras sessões de diálise em que a pessoa pode reagir de formas distintas, manifestando apatia ou mesmo aparente alheamento face às exigências impostas pelo tratamento, ou evidenciando ansiedade marcada e reações de pânico durante a diálise

(Shaw, 2015). Este período é muito breve e está relacionado com o primeiro contacto da pessoa com a máquina e todo o ritual de tratamento.

A fadiga é um dos sintomas comuns e debilitantes, que afeta 42-89% dos pacientes com doença renal em estágio final, persistindo mesmo em pré-diálise cuidado e transplante de rim estável, com grandes repercussões sobre o funcionamento, qualidade de vida e resultados do paciente (Federica Picariello, Moss-Morris, Macdougall, & Chilcot, 2017).

Existe evidência sobre o papel dos fatores psicológicos na fadiga renal, bem como na contribuição da depressão, da ansiedade e qualidade do sono subjetivo para a experiência da fadiga, acima e além do papel dos fatores demográficos e clínicos (Federica Picariello et al., 2017).

Muitos autores são da opinião que o reconhecimento da importância de relacionar diferentes variáveis de saúde com a qualidade de vida, contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde do doente, devendo por isso, ser considerada na investigação, na prática clínica e na tomada de decisão (Anes & Ferreira, 2009).

Segundo registos da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em 2016 a população masculina em hemodiálise constituía 61,5% contra 38,5% feminina, com uma média de idades de 66 anos, valor que tende a aumentar consequência do envelhecimento da população.

De acordo com Anes e Ferreira (2009) concluíram que mais de 50% dos doentes em hemodiálise apresentavam patologias associadas e cerca de 90% apresentam complicações como cansaço, mãos e pés adormecidos, câibras, dores musculares e prurido.

A nível social, verificam-se alterações significativas da rotina diária, das responsabilidades familiares e profissionais. O doente tem necessidade de se deslocar a um centro de hemodiálise, habitualmente três vezes por semana, durante 4 a 6 horas / dia. O tempo despendido nas sessões de diálise, consultas médicas e exames, associado ao tempo de hospitalização, dificultam a vida em sociedade destes doentes.

A incerteza, e insegurança bem como a perda de autonomia, sentimento de capacidade, a alteração de tudo o que até aqui muda os papéis outrora desempenhados, as alterações do

aspecto físico, são fatores que contribuem para a rutura do equilíbrio emocional (P. Ferreira, 2010).

De um modo geral, com o início do tratamento hemodialítico, a pessoa com DRC vai ser confrontada com um novo mundo de técnicas, máquinas e exames, de que a sua vida vai depender, nomeadamente a dependência de horários, dieta, medicamentos, regras e cuidados, condicionalismos e restrições. A incerteza, a insegurança, a perda de autonomia, o sentimento de incapacidade e a alteração dos papéis até então desempenhados, podem constituir fatores de rutura no equilíbrio da pessoa com DRC (Shaw, 2015).

Muitos são os fatores que interferem com a qualidade de vida e contribuem para a má condição de saúde destas pessoas, como sejam as patologias de base e co- morbilidades inerentes ao tratamento, onde se destacam as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, endócrinas, metabólicas, a astenia pós-dialise, a anemia, a depressão, estado nutricional alterado e a uremia, sendo que todos estes fatores contribuem direta ou indiretamente para a diminuição da atividade física, o sedentarismo e para a diminuição da capacidade funcional (Morgado, & Correia, 2015).

### **1.3. Perceção da doença**

A perceção que o doente renal tem sobre a sua doença é útil para se entender que os determinantes associados ao comportamento, entre os quais a adesão à terapêutica à funcionalidade da recuperação, podem afetar a qualidade de vida (Chilcot, 2012).

Essas perceções podem influenciar as estratégias de enfrentamento utilizados pelo individuo para gerir a sua doença, bem como pode atuar como preditor para a sua vontade de se ajustar em comportamentos de autogestão. A adaptação é muito complexa e depende de fatores individuais, familiares e sociais. A personalidade da pessoa desempenha um papel muito importante no processo de reação de adaptação á doença (Clarke, Yates, Smith, & Chilcot, 2016a).

Num estudo efetuado com pacientes de ambos os sexos em tratamento de diálise e hemodiálise, utilizando o modelo de senso comum do ajuste da doença, e tendo como objetivo explorar o impacto da doença renal crónica, sobre percepções individuais de doenças, estilos de enfrentamento e bem-estar psicológico, e de acordo com o modelo de

senso comum, a atividade da doença teve uma influência direta significativa nas percepções da doença, enquanto que, por sua vez, as percepções da doença tiveram uma influência direta significativa na depressão e na ansiedade. A avaliação verificada entre o enfrentamento adaptativo e o não adaptado mediou a relação entre percepções de doença e ansiedade e depressão (Knowles, Swan, Salzberg, Castle, & Langham, 2014).

Os resultados fornecem evidências de que é a percepção de uma doença e não os próprios sintomas reais que melhor demonstram a adaptação à doença renal. Sugere também que as estratégias de intervenção destinadas a aumentar o bem-estar psicológico precisam se concentrar na mudança das percepções da doença ao invés de melhorar os sintomas da doença renal, ou mecanismos de enfrentamento (Knowles et al., 2014).

O estudo da representação da doença é relevante na medida que tem em consideração o conceito individual de saúde/ doença (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996).

O início da doença dá origem a uma série de problemas que pode variar muito de paciente para paciente, mesmo naqueles com a mesma condição. Criam os seus próprios modelos ou representações de doença, que por sua vez determina o enfrentamento, sustentando o que para eles é a causa da doença, identidade, linha de tempo e consequências da doença (Weinman, Petrie, Moss-morris, & Horne, 1996)

Assim sendo, a abordagem cognitiva da doença, consiste na forma como as pessoas estruturam as suas percepções de doença, que contêm geralmente um componente respeitante à identidade no qual o nome da doença desempenha um papel importante, assim como os sintomas que a pessoa acredita estarem associados à circunstância das vivências, acontecimentos, experiências, crenças individuais, que serão utilizadas para acontecimentos futuros servindo para o enfrentar de uma doença (C. Ferreira, Gay, Regnier-Aeberhard, & Bricaire, 2010).

Leventhal e colaboradores em vários estudos, verificaram estas componentes da representação cognitiva da doença e procuram explicar esta variabilidade individual recorrendo, ao papel das representações em saúde e ou/ com o objetivo de avaliar o impacto que estes podem causar no funcionamento físico, psicológico e social, englobando a percepção da cura ou controle sobre a sua doença (Leventhal, 1980, 1984 citado por Figueiras, et al., 2002).

No modelo alargado sobre crenças em saúde que incluiu crenças específicas em relação ao tratamento da asma (incluindo crenças sobre a necessidade e preocupações/ efeitos colaterais), verificou-se que os pacientes desenvolvem crenças quanto à sua doença, bem como ao regime terapêutico a que estão sujeitos. Compreender a interação entre a doença e as perceções do tratamento são importantes para predizer a não-adesão (Horne & Weinman, 2002).

As perceções de doença e tratamento são também úteis na predição de não-adesão, depressão e mortalidade em pacientes com doença renal crónica em estágio final.

Num estudo realizado com doentes em reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio agudo e grave, em que a maioria de programas de recuperação e de reabilitação envolviam exercício físico, a não adesão foi evidente, constatando-se que as perceções relacionadas com a potencial prática do exercício físico, poderia provocar lesões ou criar impacto negativo para a sua condição física (perceções de tratamento negativo), o que se considerou uma barreira para a terapêutica (French, Cooper, & Weinman, 2006).

O modelo de autorregulação de Leventhal, citado em Ogden (2004), apresenta três fases que passam por (avaliação, interpretação e *coping*) que se relacionam de forma a regular o *self* para permitir voltar ao equilíbrio e à normalidade.

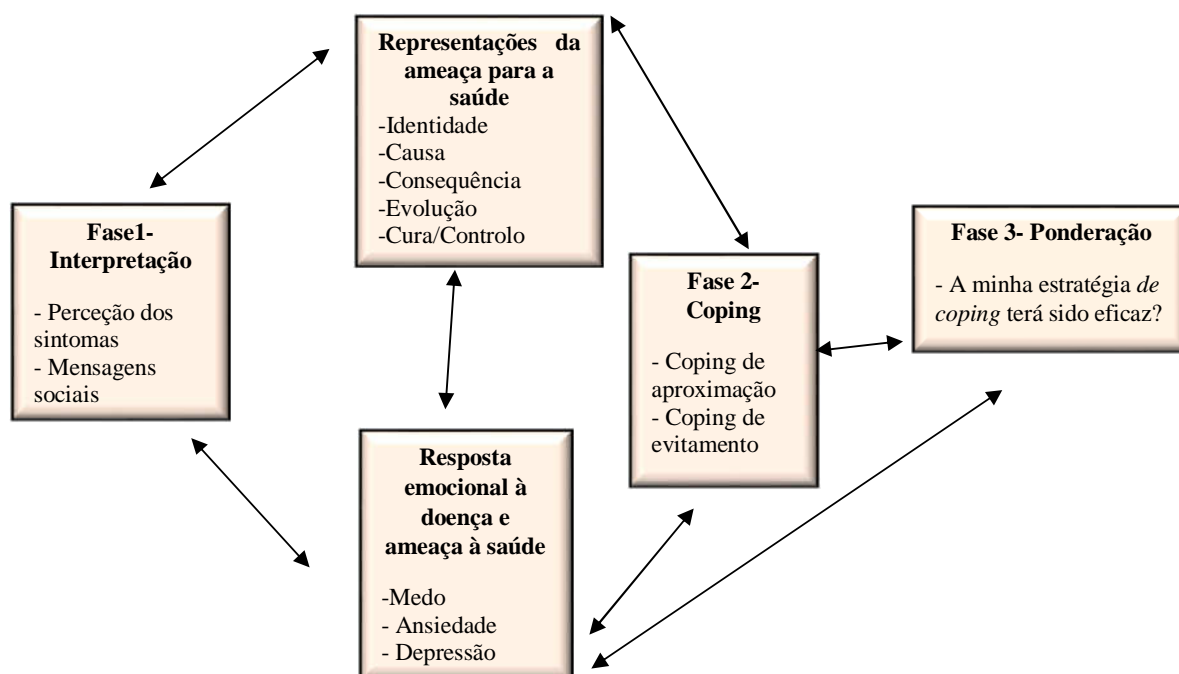


Figura 1-Modelo de autorregulação do comportamento da doença de Leventhal

A evidência refere num estudo realizado com pacientes com DRC a percepção da doença é útil para entender o impacto da desesperança. Esta percepção foi considerada um determinante importante do comportamento e tem sido associada a uma série de resultados importantes, como a adesão ao tratamento e a recuperação funcional bem como para a qualidade de vida (Mollaoglu, Candan, & Mollaoglu, 2016). O resultado mostra que houve uma relação significativa entre desesperança e a percepção da doença. Cinco componentes da percepção da doença que incluíram consequências, controle pessoal, controle de tratamento, coerência da doença, resposta emocional e causas foram significativamente correlacionados com desesperança. Os pacientes em HD acreditam que sua doença é crónica e, devido à diálise, experienciam a maior parte do tempo stress e preocupação (Mollaoglu et al., 2016).

A percepção da doença é um dos fatores mais determinantes do comportamento e tem sido associado com os resultados obtidos em matérias tão importantes como adesão á terapêutica e recuperação funcional (Timmers et al., 2008).

Assim, as representações de doença baseiam-se em esquemas de doença, e envolvem diversos processos cognitivos, em que a comparação entre os sintomas actuais e a história prévia de doença influencia a interpretação da doença atual, sendo determinantes principais do prognóstico e adaptação às doenças crónicas (Weinman, Petrie, Moss-morris, & Horne, 1996).

#### **1.4 Doença Renal, Emoções e Regulação Emocional**

Como resultado de dificuldades relacionadas com a sua doença, diagnóstico e tratamento, os pacientes com doença renal em fase terminal apresentam problemas emocionais e psicológicos significativos, que não tratados podem ter um impacto negativo considerável na saúde e no bem-estar (Taylor, Taylor, Baharani, Nicholas, & Combes, 2016). Segundo os autores existe uma compreensão limitada do apoio específico que os doentes neste estadio da doença precisam e desejam, de quem e quando, e também da falta de informação sobre o que ajuda, e ou dificulta, as equipas multidisciplinares em cuidados paliativos na doença renal, para dar resposta às suas necessidades de apoio , ou ultrapassar



barreiras existentes. E como é que o apoio emocional, deve ser integrado neste contexto de estágio final de vida.

No domínio da psicologia, Mayer e Salovey (1997) definiram emoção como um conjunto de respostas organizadas que cruzam as fronteiras de muitos subsistemas psicológicos e que incluem: fatores fisiológicos, cognitivos, motivacionais e experimentais. O estudo do papel das emoções na saúde tem uma longa história, acreditando-se de uma forma geral que a expressão das emoções é benéfica para a saúde, e a inibição e a repressão emocional resulta numa ativação crónica e desajustada com consequências prejudiciais para a saúde, somatização, elevados níveis de ansiedade e depressão. Segundo Damásio (2011) as emoções são processos que envolvem várias componentes e que se desdobram ao longo do tempo, e podem ser classificadas como primárias ou universais (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão). Por outro lado, existem outros comportamentos aos quais tem sido dada a designação de emoção, nomeadamente as emoções secundárias ou sociais (vergonha, ciúme, culpa ou orgulho) e as emoções de fundo (bem-estar ou mal-estar, a calma ou a tensão). O conceito de emoção também tem sido aplicado a estados de prazer e dor, assim como impulsos e motivações (Damasio, 2011).

Outro autor refere que as emoções podem ser conceptualizadas como um conjunto de respostas comportamentais, afectivas e fisiológicas que concomitantemente influenciam a forma como respondemos a desafios e oportunidades (Gross, 2014).

É, contudo, consensual que a regulação das emoções desempenha um papel central na saúde mental e na doença Gross, J.J. & Munoz (1995).

A psicologia estudou o conceito de regulação emocional durante as últimas décadas. De acordo com Gross a regulação emocional refere-se aos *“processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções”* (Gross, 2007).

Tradicionalmente este tópico estudado pela psicologia de desenvolvimento, passou a estender-se à investigação em psicopatologia e psicoterapia. Esta extensão do campo de estudo da regulação emocional deverá ser uma consequência do facto de o défice na capacidade de regulação emocional estar relacionado com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas (Gross, J. J., & Munoz, 1995). Elevados níveis de emoção negativa estão associados com diferentes tipos de psicopatologia, constituindo-se como factor de vulnerabilidade não específica para o desenvolvimento de perturbação

psicológica (Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010a).

A evidência mostra que os processos emocionais, nomeadamente a regulação emocional e as representações cognitivas de doença constituem-se também como fatores determinantes para a saúde física e psicológica, o que também podem ter um impacto considerável na qualidade de vida (Clarke, Yates, Smith, & Chilcot, 2016a).

As queixas físicas subjetivas estão associadas à angústia psicológica em pacientes com doença renal crónica em Hemodiálise. A pessoa com Doença Renal Crónica fragilizada pela doença, limitada pelo tratamento e impedida de usar os mecanismos de compensação habitualmente utilizados como “defesas da depressão” e das tensões do dia-a-dia, deprime-se evidenciando sentimentos de desânimo, desespero, desesperança, pessimismo e impotência perante a dura realidade da doença- tratamento (Moran, Scott, & Darbyshire, 2011).

Em todos os seres humanos o equilíbrio emocional é muito instável e resulta de um compromisso entre os conflitos e tensões internas na pessoa, os seus mecanismos de defesa e as pressões externas provenientes do meio envolvente. No entanto, a capacidade de luta e os recursos adaptativos são incomensuráveis e muitas pessoas confrontadas com o drama da DRC e consequente hemodiálise, lutam ultrapassam as dificuldades, reorganizam as suas vidas e integram o seu quotidiano no evento de tratamento (Gillanders, Wild, Deighan, & Gillanders, 2008).

Assim sendo, a regulação de emoção refere-se às estratégias psicológicas que as pessoas usam para lidar com eventos stressores como a terapêutica de diálise. Essas estratégias estão associadas a uma variedade de variações físicas e psicológicas que podem estar relacionadas à doença renal e à sua gestão (Taylor, Taylor, Baharani, Nicholas, & Combes, 2016). (Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010b).

Embora as perceções da doença tenham sido identificadas como preditores de não adesão, depressão e mortalidade em pacientes em diálise. Os estudos indicam que as perceções negativas da doença estão associadas à progressão da doença e a uma série de resultados psicossociais em pacientes com DRC, que não se encontram em diálise (Clarke, Yates, Smith, & Chilcot, 2016a).

Com base em estudos realizados com outras populações clínicas, a literatura sugere que

as perceções da doença podem ser modificadas, através de intervenção psicológica atempada, de forma a que o modelo de crenças sobre a doença não seja equacionada pelo doente, de modo a que possa ser uma alternativa de não cumprir uma terapêutica ajustada. O que quer dizer, que nos estágios iniciais de doença como a DRC as perceções sobre doença, podem ser ajustadas (Clarke et al., 2016a).

As dificuldades de regulação emocional e as representações cognitivas da doença (modelos de senso comum), constituem-se como fatores determinantes para a saúde física e psicológica, e podem ter impacto considerável na qualidade de vida dos doentes com DRC, (Clarke, Yates, Smith, & Chilcot, 2016b).

Uma adaptação eficaz permite um equilíbrio emocional, uma atitude mental positiva e evita incapacitação por medo, ansiedade, raiva ou depressão. No entanto, o meio social em que as pessoas doentes se encontram pode facilitar ou desencorajar uma adaptação efetiva. Em geral, um ambiente ideal é promotor de um sentido de controlo, participando ativamente na tomada de decisão de assumir a responsabilidade pelo seu próprio destino, tanto quanto possível (De France & Hollenstein, 2017).

Se o estudo emocional e eventuais perturbações psicológicas como a ansiedade, e a depressão, evidenciam a adaptação psicológica da pessoa com DRC às repercussões e vicissitudes da doença e da hemodiálise, sendo que esta adaptação passa igualmente pelos mecanismos defensivos que cada pessoa, com a sua personalidade própria, utiliza para fazer face a uma experiência que tão duramente a atinge (Lindsay, MacGregor, & Fry, 2014).

Pelo acima exposto e de acordo com a revisão de literatura, verifica-se que no âmbito da DRC existe evidência sobre a multiplicidade de fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos doentes e a forma como podem gerir e adaptar-se à doença. Assim parece-nos relevante investigar as perceções que os indivíduos têm sobre a sua doença, como regulam as suas emoções, e até que ponto estes podem ser preditores na qualidade de vida, neste contexto.

## **II -METODOLOGIA**

## **2. Metodologia**

### **Definição dos objetivos de Investigação**

#### **2.1 Objetivos**

(1) Caracterizar as dimensões da perceção da doença, qualidade de vida percebida, qualidade de vida de doentes renais (específica) e dificuldades de regulação emocional numa amostra de doentes com insuficiência renal crónica.

- Análise descritiva das variáveis em estudo
- Diferenças de sexo e grupo etário
- Relação entre tempo de diálise e dimensões da qualidade de vida percebida

(2) Analisar se a perceção da doença, as dimensões específicas da qualidade de vida dos doentes renais e as dificuldades de regulação emocional são preditores significativos da qualidade de vida dos doentes com insuficiência renal crónica em diálise

#### **2.3 Método**

#### **2.4. Desenho do Estudo**

Este estudo utilizou um desenho transversal de carácter exploratório.

#### **2.5. Participantes**

Os participantes são doentes com Insuficiência Renal Crónica em terapêutica dialítica, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, diagnosticados com IRC com mais de seis meses. Trata-se de uma amostra não probabilística.

#### **2.6. Procedimento**

O procedimento de recolha de dados utilizado consistiu numa primeira fase, na construção e submissão do questionário *online*, com recurso à ferramenta Google Forms. Numa segunda fase, efetuámos uma divulgação do estudo através das redes sociais, que contou

como apoio e divulgação da Associação dos Doentes Renais (APIR), Portal da Diálise, através das suas páginas online, onde disponibilizamos o link para o preenchimento do inquérito, através do método bola de *neve*. O mesmo foi partilhado e disponibilizado através das redes sociais e contactos de e-mail.

## **2.7. Instrumentos (Medidas)**

Para avaliar as variáveis em estudo foram seleccionados os seguintes instrumentos: Questionário autoadministrado para avaliar as variáveis sociodemográficas e clínicas, composto pelas seguintes questões: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, tempo de diagnóstico. A variável idade foi recodificada em cinco grupos organizados da seguinte forma: 1-(20-30 anos), 2- (31-40 anos), 3- (41-50 anos), 4- (51-60 anos) e 5 > 60 anos. O nível de escolaridade foi recodificado em seis níveis: 1- (Saber ler e ou escrever), 2- (1º-4 anos), 3- (5º-6º anos), 4- (7º-9º anos), 5- (Ensino Secundário), e 6- (Ensino Superior Politécnico ou Universitário).

### **2.7.1. Escala Qualidade de vida KDQOL-SF**

Para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com insuficiência renal crónica em diálise, o instrumento usado foi a versão portuguesa do instrumento **KDQOL-SF** (*Kidney Disease Quality of Life*) por ser um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida para doentes com insuficiência renal em diálise, da autoria de **HAYS** et al. (1997) e bastante difundido em muitos países. Foi utilizada a versão validada para a população portuguesa do questionário **KDQOL-SF**, esta versão surgiu em janeiro de 2012, da autoria de Pedro Lopes Ferreira (da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e do Centro de Estudos e Investigação em Saúde de Coimbra) e Eugénia J. Anes (do Instituto Politécnico de Bragança).

Possui perguntas específicas que focam as preocupações particulares dos doentes renais em diálise. São elas, os sintomas/ problemas, com 12 perguntas, medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 ( Nada incomodado ) a 5 Extremamente incomodado); os efeitos da doença renal na vida diária, com 8 perguntas , medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 ( Nada incomodado ) a 5 Extremamente incomodado); o peso da doença renal na

vida do doente com 4 perguntas , medidas numa escala de *Likert* , variando de 1 (Completamente verdadeira) a 5 (Completamente falso); a interferência da doença da atividade profissional, são 2 perguntas com resposta dicotómica 1 (sim) e 2 (não) e na função cognitiva, com 3 perguntas , medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 (Nunca) a 6 (Sempre ) a qualidade da interação social com 3 perguntas, medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 (Nunca) a 6 (Sempre) e o impacto na qualidade do sono com 4 perguntas sendo que uma é medida numa escala de 1 (Muito Mau) a 10 (Muito Bom) e 3 são medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 ( Nunca ) a 6 (Sempre). Possui também três dimensões adicionais de qualidade de vida, incluindo o apoio social com 2 perguntas, medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 (Muito insatisfeito) a 4 (Muito satisfeito) e o encorajamento dos profissionais da unidade de diálise com 2 perguntas, medidas numa escala de *Likert*, variando de 1 (Completamente verdadeira) a 5 (Completamente falsa); e a satisfação do doente, com uma pergunta medida numa escala de 1 (Muito mau) a 7 (Excelente).

E, por fim, um questionário genérico de saúde o SF36V- com 36 perguntas, agrupadas em oito dimensões e correspondentes a dimensões físicas e emocionais da qualidade de vida percebida.

### **2.7.2 Escala de Perceção da doença IPQ-R**

Para avaliar a perceção da doença foi utilizada uma versão traduzida do **Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R.)** (Moss- Morris, Weinman, & Petrie, 2002); (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003). É constituído por oito dimensões que são divididas em subescalas: (a) identidade da doença (lista de sintomas que a pessoa deve atribuir ou não à doença: (b) duração cíclica, duração aguda/ crónica, (c) consequências, (d) controle pessoal, (e) controle do tratamento, (f) coerência da doença (g) e representação emocional, e (f) atribuições causais, medidas numa escala de *Likert* de um a cinco pontos, variando de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente); valores mais elevados correspondem a uma perceção mais negativa.

### **2.7.3. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional**

No que concerne à regulação emocional, optou-se pela Escala de Dificuldades na Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004), adaptada para a população portuguesa por Fernandes, Coutinho e Ferreirinha, Dias (2010). A EDRS foi concebida para medir as complexidades e dificuldades da regulação emocional como descrito em diversas teorias da regulação emocional. É originalmente constituída por 36 itens, aos quais os indivíduos devem responder baseando-se numa escala tipo Likert de 5 valores que varia entre 1 (quase nunca 0-10%) ao 5 (quase sempre 91-100%), e dele emergem seis subescalas que refletem a natureza multifatorial da regulação emocional. São elas (1) Não-aceitação da emoção; (2) Dificuldades de envolvimento em comportamentos para a ação; (3) Impulso/ dificuldades de controlo; (4) Não atenção à emoção; (5) Acesso limitado a estratégias de regulação emocional; e (6) Não compreensão da emoção (Gratz & Roemer 2004). A primeira subescala Não aceitação da emoção é composta pelos itens que refletem uma tendência para a presença de respostas emocionais negativas secundárias a emoções negativas. Por sua vez, a segunda subescala deste instrumento, Dificuldades de envolvimento em comportamentos para a ação, refere-se aos itens que refletem dificuldades em concentrar-se e concretizar determinadas tarefas enquanto se está a experienciar emoções negativas. Gratz e Roemer (2004), caracterizam a terceira subescala - Impulsos/ dificuldades de controlo, como sendo composta pelos itens que refletem as dificuldades de manter o controlo dos comportamentos quando se experienciam emoções negativas. Não-atenção à emoção é a quarta subescala e é constituída pelos itens que refletem a tendência para atender e tomar consciência das emoções. A subescala cinco, como referido acima, denomina-se acesso limitado a estratégias de regulação emocional e é constituída pelos itens que refletem a crença que pouco ou nada pode ser feito, quando se está perturbado. Finalmente, a subescala seis - Não compreensão da emoção, de acordo com Gratz & Roemer (2004), é composta pelos itens que refletem a medida em que os indivíduos compreendem que emoções estão a sentir.



## 2.8. Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $(\alpha) \leq .05$ . Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o modelo de regressão linear múltipla com o método *Stepwise*, e o teste t de *Student* para amostras independentes e a Anova One-Way. Os pressupostos do teste t de Student, e Anova One-Way, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados. Aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis.

A análise estatística foi efetuada com software estatístico IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows. Para a análise das variáveis em estudo, recorreremos à análise de consistência interna (alpha de Cronbach) de cada medida (Tabela 1). Procedeu-se de seguida à análise descritiva das dimensões das medidas utilizadas, e ao teste de eventuais diferenças entre grupos.

**Tabela 1-Consistência interna das medidas utilizadas (N=180)**

|   | Cronbach's<br>Alpha | N of Items |
|---|---------------------|------------|
| <b><i>Illness Perception Questionnaire</i></b>        |                     | 38         |
| Duração (aguda/crónica)                               | .709                | 6          |
| Duração Cíclica                                       | .685                | 4          |
| Consequências   | .749                | 6          |
| Controlo Pessoal                                      | .612                | 6          |
| Controlo pelo Tratamento                              | .618                | 5          |
| Coerência da doença                                   | .673                | 5          |
| Representação Emocional                               | .871                | 6          |
| <b><i>SF36</i></b>                                    |                     | 35         |
| Função Física   | .955                | 10         |
| Desempenho Físico                                     | .913                | 4          |
| Dor Corporal  | .941                | 2          |
| Saúde Geral   | .889                | 5          |
| Vitalidade  | .531                | 4          |
| Função Social   | .624                | 2          |
| Desempenho Emocional                                  | .927                | 3          |
| Saúde Mental  | .709                | 5          |
| <b><i>Escala Dificuldades Regulação Emocional</i></b> |                     | 36         |
| Estratégias   | .832                | 8          |
| Não aceitação   | .877                | 6          |
| Consciência   | .842                | 6          |
| Impulsos  | .811                | 6          |
| Objectivos  | .775                | 5          |
| Clareza   | .677                | 5          |
| <b><i>KDQOL</i></b>                                   |                     | 42         |
| Sintomas/problemas                                    | .969                | 13         |
| Efeitos da doença                                     | .982                | 8          |
| Peso da doença  | .957                | 4          |
| Actividade profissional                               | .746                | 2          |
| Função cognitiva                                      | .945                | 3          |
| Qualidade interação social                            | .587                | 3          |
| Sono  | .664                | 4          |
| Apoio Social  | .904                | 2          |
| Encorajamento do pessoal                              | .946                | 2          |

### **III Resultados**

### 3. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 180 indivíduos, submetidos a programa de HD regular, a maioria são do sexo masculino e representam (60.6%) da amostra, média de idade de 49.7 (Dp = 11.7), variando entre 22 e 79 anos, 64.4% com o ensino secundário e 33.9% são divorciados. Trinta e três por cento dos inquiridos trabalham por conta de outrem.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica (N = 180)

|  | N   | %    |
|--|-----|------|
| <i>Género</i>                                |     |      |
| Feminino                                     | 71  | 39,4 |
| Masculino                                    | 109 | 60,6 |
| <i>Idade</i>                                 |     |      |
| 20 - 30                                      | 11  | 6,1  |
| 31 - 40                                      | 29  | 16,1 |
| 41 - 50                                      | 65  | 36,1 |
| 51 - 60                                      | 36  | 20   |
| > 60   | 39  | 21,7 |
| <i>Escolaridade</i>                          |     |      |
| Sabe ler e ou escrever                       | 6   | 3,3  |
| 1º-4º anos                                   | 8   | 4,4  |
| 5º-6ºanos                                    | 14  | 7,8  |
| 7º-9ºanos                                    | 4   | 2,2  |
| Ensino Secundario                            | 116 | 64,4 |
| Ensino Superior Politecnico ou Universitario | 32  | 17,8 |
| <i>Estado civil</i>                          |     |      |
| Casado (a)com registo                        | 53  | 29,4 |
| Casado(a)sem registo uniao de facto          | 15  | 8,3  |
| Divorciado(a)                                | 61  | 33,9 |
| Viuvo(a)                                     | 22  | 12,2 |
| Separado(a)                                  | 9   | 5,0  |
| Solteiro (a)                                 | 20  | 11,1 |
| <i>Situação profissional</i>                 |     |      |
| Trabalha por conta propria                   | 34  | 18,9 |
| Trabalha por conta de outrem                 | 59  | 32,8 |
| Reformado                                    | 21  | 11,7 |
| Desempregado                                 | 40  | 22,2 |
| Pensionista                                  | 20  | 11,1 |
| Estudante                                    | 6   | 3,3  |

**Tabela- 3 número de doentes em Diálise e Hemodiálise (n = 180)**

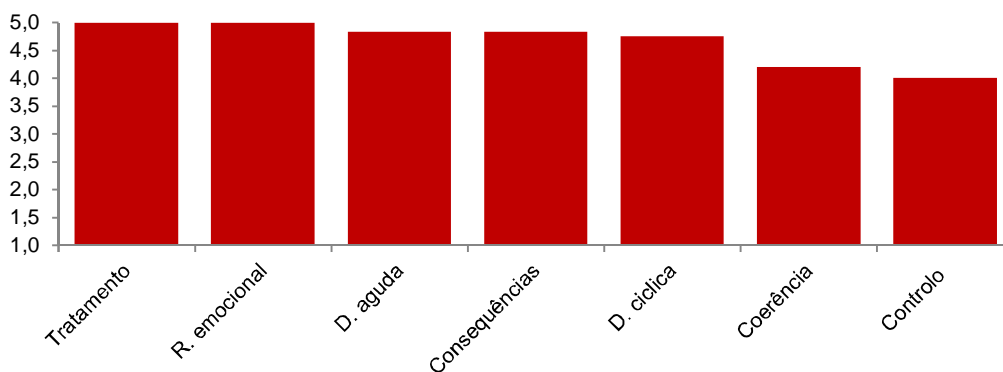
|       | Diálise |       | Hemodiálise |       |
|-------|---------|-------|-------------|-------|
|       | Freq.   | %     | Freq        | %     |
| Sim   | 167     | 92.8  | 172         | 95.6  |
| Não   | 13      | 7.2   | 8           | 4.4   |
| Total | 180     | 100.0 | 180         | 100.0 |

Relativamente ao tratamento de hemodiálise, a maior parte dos doentes teve uma admissão programada. A média do tempo de diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica e tratamento foi de 17.3 anos (DP = 13.5 anos) variando entre um mínimo de 1 ano e máximo 35 anos.

## Objetivo 1

### 3.1. Análise descritiva das dimensões da representação cognitiva da doença

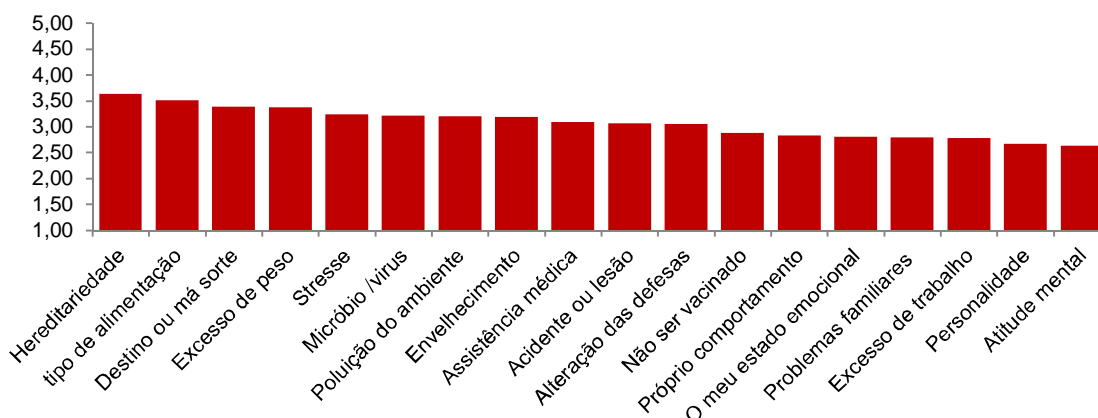
Os valores médios das dimensões da perceção da doença estão representados no gráfico 1. Valores mais elevados correspondem uma perceção mais negativa da doença. Assim, De acordo com o gráfico 2, os pacientes apresentam uma crença fraca no controle da doença através do tratamento, uma representação emocional negativa, uma perceção de duração crónica, consequências graves, baixa compreensão e pouco controlo pessoal. (Tabela 2 anexo C)

**Gráfico 1 - Análise descritiva das dimensões do IPQ-R (n=180)**

### 3.2. Análise descritiva da percepção da doença-atribuições causais mais associadas.

No gráfico 2 são apresentados os valores médios das atribuições causais para a IRC, verificando-se que existe uma crença moderada sobre a hereditariedade, seguida de alimentação e de uma crença sobre destino ou má sorte. Todas as outras atribuições situam-se no mesmo nível médio da escala. (Tabela 1 anexo B).

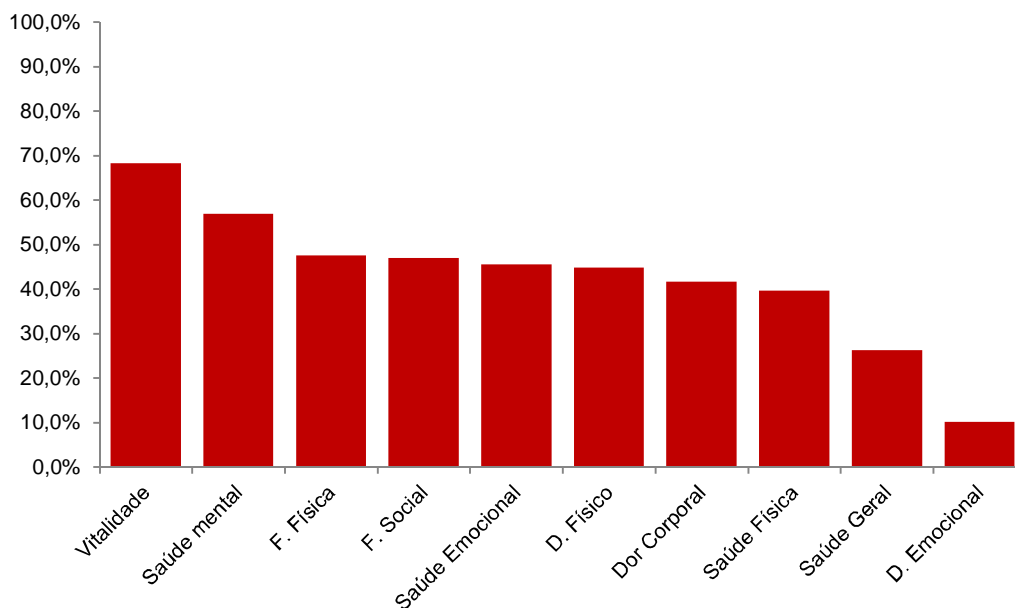
**Gráfico 2-Atribuições causais à IRC (n=180)**



### 3.3. Análise descritiva das dimensões da QV percecionada (SF-36)

Os valores médios das dimensões da qualidade de vida estão descritos no gráfico 3. Verifica-se que a vitalidade foi a dimensão mais pontuada, indicando melhor qualidade de vida percecionada, enquanto que a dimensão desempenho emocional foi a menos pontuada, indicando maior impacto da doença nesta dimensão. Quanto às dimensões saúde mental e saúde física, os resultados indicam um impacto maior da doença na saúde física, do que na saúde mental. As outras dimensões situam-se a meio da escala, indicando um impacto moderado na qualidade de vida percecionada.

**Gráfico 3- Dimensões da QV percecionada (SF-36) N=180**



### **3.4. Caracterização do KDQOL-SF questionário específico para os doentes renais (N=180)**

Os valores médios das dimensões da qualidade de vida percecionada apresentados, a satisfação do doente em relação ao tratamento, é a mais pontuada. Seguida da qualidade da interação social, indicando que os aspetos específicos da doença renal se associam de uma forma moderada e positiva de forma significativa na qualidade de vida percecionada. Enquanto que a dimensão atividade profissional foi a menos pontuada, indicando a limitação parcial ou total nas imposições que o tratamento impõe para poder exercer a sua profissão, daí o maior impacto da na qualidade de vida nesta dimensão. Quanto às dimensões, efeitos e peso da doença os resultados indicam um impacto maior da doença na saúde física. As outras dimensões situam-se a meio da escala, indicando um impacto moderado na qualidade de vida percecionada (Tabela 3 Anexo D ).

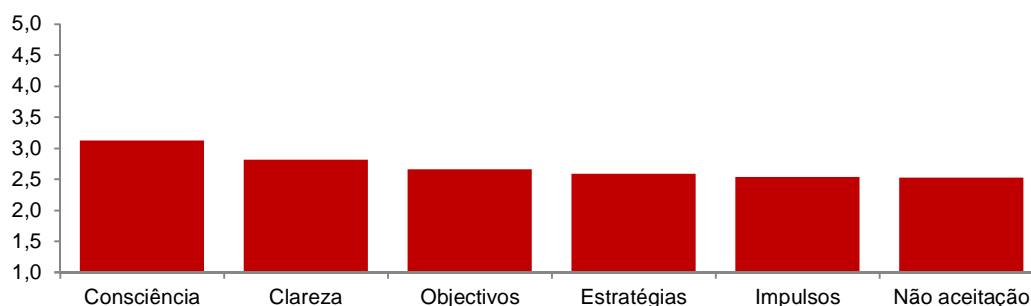
**Tabela-4 Análise descritiva da Qualidade de Vida KDQOL (N=180)**

| Dimensões  | nº Itens | Média<br>(1-5) | Desvio<br>padrão |
|--|----------|----------------|------------------|
| Sintomas/problemas                               | 12       | 3.00           | 1.22             |
| Efeitos da doença                                | 8        | 3.31           | 1.33             |
| Peso da doença                                   | 4        | 1.93           | 1.14             |
| Atividade profissional                           | 2        | 1.49           | .18              |
| Função cognitiva                                 | 3        | 3.30           | 1.50             |
| Qualidade interação social                       | 3        | 3.50           | .88              |
| Sono KDL   | 4        | 2.94           | 1.07             |
| Efeitos da doença renal<br>No seu dia-a dia 0-10 |          | 2.83           | 2.33             |
| Apoio Social                                     | 2        | 2,31           | 1,12             |
| Encorajamento do pessoal                         | 2        | 1.82           | .86              |
| Satisfação do doente                             | 1        | 5.72           | 1.58             |

### 3.5. Caracterização das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) (N=180)

Os valores médios das dimensões das dificuldades de regulação emocional são apresentados no gráfico 4. Quanto mais altos os valores das dimensões, maiores são as dificuldades de regulação emocional. Verificam-se valores médios em todas as dimensões, existindo, contudo, um valor ligeiramente mais elevado na dimensão que se relaciona com a falta de consciência emocional, indicando maior dificuldade na compreensão dos sentimentos. A não-aceitação das emoções negativas, a dificuldade de controlo dos impulsos e de agir de acordo com os objetivos, assim como a falta de clareza emocional e o acesso a estratégias de regulação emocional encontram-se em níveis medianos.



**Gráfico-4 Dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional N=180**

### 3.6. Análise descritiva da Percepção da Doença (N=180)

Os valores médios das dimensões usadas para avaliar a percepção doença, verifica-se que a dimensão mais pontuada é a das consequências: Os resultados indicam um maior impacto da doença nesta dimensão. No domínio da linha de tempo, surge a duração aguda da doença, indicando a percepção sobre a sua cronicidade, e o impacto moderado. A dimensão coerência da doença obteve a pontuação mais baixa, relatando uma compreensão da condição da doença. Quanto às dimensões sobre o controlo pessoal, e controlo do tratamento os resultados indicam um impacto moderado na percepção que têm sobre o controlo que acreditam ter sobre a doença em relação a possível cura, bem como no controlo pessoal que acreditam ter no seu tratamento. Ao nível da identidade emocional, os resultados indicam sentimentos moderados de emoção negativa como resultado da sua situação. (Tabela 5 anexo E).

**Tabela 5 -Valores médios das dimensões da percepção da doença**

| Dimensões<br>Variação (1-5) | nº de itens | Média | Desvio padrão |
|-----------------------------|-------------|-------|---------------|
| Duração aguda               | 6           | 3.57  | .53           |
| Duração cíclica             | 4           | 3.17  | .68           |
| Consequências               | 6           | 3.76  | .65           |
| Controlo pessoal            | 6           | 3.31  | .33           |
| Controlo tratamento         | 5           | 3.36  | .54           |
| Coerência                   | 5           | 2.78  | .66           |
| Representação emocional     | 6           | 3.20  | .88           |

### 3.7. Análise descritiva da Qualidade de Vida SF36 (N=180)

No que diz respeito à qualidade de vida os resultados obtidos das médias das dimensões apresentadas na tabela 6, indicam valores médios mais baixos nos domínios do funcionamento físico, desempenho físico, obtendo valores mais elevados em saúde emocional.

**Tabela 6- Qualidade de vida percecionada (n = 180)**

| Dimensões<br>Variação (0-100) | nºde Itens | Média | Desvio padrão |
|-------------------------------|------------|-------|---------------|
| Função física                 | 10         | 47.57 | 31.92         |
| Desempenho físico             | 4          | 44.08 | 44.16         |
| Dor corporal                  | 2          | 41.66 | 24.22         |
| Saúde Geral                   | 5          | 26.22 | 21.51         |
| Vitalidade                    | 4          | 68.30 | 18.96         |
| Função social                 | 2          | 46.94 | 20.53         |
| Desempenho emocional          | 3          | 10.10 | 11.48         |
| Saúde mental                  | 5          | 56.98 | 20.50         |
| Saúde Física                  | 1          | 39.63 | 20.51         |
| Saúde Emocional               |            | 45.54 | 10.32         |

### 3.8. Análises comparativas de acordo com as variáveis socio-demográficas

Com o objetivo de analisarmos se existem diferenças entre homens e mulheres, procedemos à comparação de médias através do teste t- Student. Através dos resultados obtidos e apresentados na tabela 7, é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre Homens e Mulheres relativamente á perceção da doença.

**Tabela 7- Diferenças de sexo na perceção da doença (n = 180)**

| Dimensões               | Masculino |     | Feminino |     | Sig.  |
|-------------------------|-----------|-----|----------|-----|-------|
|                         | M         | DP  | M        | DP  |       |
| Duração aguda           | 3.58      | .48 | 3.57     | .62 | 0.914 |
| Duração ciclica         | 3.16      | .68 | 3.20     | .71 | 0.717 |
| Consequências           | 3.79      | .63 | 3.73     | .69 | 0.523 |
| Controlo pessoal        | 3.29      | .34 | 3.34     | .33 | 0.391 |
| Controlo tratamento     | 3.34      | .59 | 3.42     | .46 | 0.313 |
| Coerência               | 2.73      | .66 | 2.88     | .67 | 0.153 |
| Representação emocional | 3.24      | .90 | 3.16     | .88 | 0.584 |

### 3.9 -Análise comparativa das diferenças entre sexos em função da Regulação emocional.

Pela análise da tabela 8, é possível constatar que não existem diferenças significativas entre Homens e Mulheres relativamente às dificuldades de regulação emocional.

**Tabela 8- Diferenças entre sexos e dificuldades de regulação emocional**

| Dimensões     | Masculino |     | Feminino |     |       |
|---------------|-----------|-----|----------|-----|-------|
|               | N=109     |     | N=71     |     |       |
|               | M         | DP  | M        | DP  | Sig   |
| Estratégias   | 2.60      | .87 | 2.57     | .77 | 0,863 |
| Não aceitação | 2.55      | .90 | 2.50     | .96 | 0,745 |
| Consciência   | 3.02      | .93 | 3.32     | .83 | 0,051 |
| Impulsos      | 2.59      | .86 | 2.44     | .78 | 0,245 |
| Objetivos     | 2.68      | .84 | 2.64     | .81 | 0,757 |
| Clareza       | 2.85      | .90 | 2.75     | .69 | 0,481 |

#### 4. Análise comparativa diferenças de sexo na e qualidade de vida

Para avaliar as diferenças entre homens e mulheres no que concerne à qualidade de vida percecionada, recorremos à análise descritiva representada na tabela 9.

Os resultados verificados entre homens e mulheres, na qualidade de vida percecionada sugerem que as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados nas dimensões Saúde geral, Peso da doença, Actividade profissional e Sono.

Em relação aos homens, obtêm valores significativamente mais elevados nas dimensões Vitalidade, Função cognitiva, Qualidade interação social e Apoio Social.

**Tabela 9- Diferença de sexo na Qualidade de vida (MOS-SF36) (N=180)**

| Dimensões -Variação (1-5)  | Masculino |       | Feminino |       | Sig.     |
|----------------------------|-----------|-------|----------|-------|----------|
|                            | N=109     |       | N=71     |       |          |
|                            | M         | DP    | M        | DP    |          |
| <b>SF36</b>                |           |       |          |       |          |
| Função Física              | 44,35     | 31,43 | 52,47    | 32,26 | ,096     |
| Desempenho Físico          | 45,14     | 45,02 | 42,49    | 43,10 | 0,696    |
| Dor Corporal               | 39,47     | 23,30 | 45,04    | 25,37 | 0,132    |
| Saúde Geral                | 21,96     | 19,34 | 32,81    | 23,12 | 0,001*** |
| Vitalidade                 | 70,83     | 18,27 | 64,47    | 19,50 | 0,028*   |
| Função Social              | 47,71     | 20,35 | 45,77    | 20,91 | 0,539    |
| Desempenho Emocional       | 10,26     | 11,71 | 9,86     | 11,21 | 0,819    |
| Saúde Mental               | 58,40     | 19,48 | 54,82    | 21,94 | 0,255    |
| <b>KDQOL</b>               |           |       |          |       |          |
| Sintomas/problemas         | 3,12      | 1,19  | 2,81     | 1,27  | 0,108    |
| Efeitos da doença          | 3,47      | 1,25  | 3,06     | 1,45  | 0,064    |
| Peso da doença             | 1,70      | ,86   | 2,29     | 1,42  | 0,003**  |
| Actividade profissional    | 1,48      | ,19   | 1,53     | ,17   | 0,061    |
| Função cognitiva           | 3,63      | 1,46  | 2,80     | 1,43  | 0,000*** |
| Qualidade interação social | 3,63      | ,88   | 3,30     | ,86   | 0,017*   |
| Sono                       | 8,95      | 3,62  | 10,30    | 3,94  | 0,029*   |
| Apoio Social               | 2,48      | 1,13  | 2,04     | 1,07  | 0,011*   |
| Encorajamento do pessoal   | 1,89      | ,88   | 1,71     | ,84   | 0,213    |
| Satisfação do doente       | 5,64      | 1,67  | 5,88     | 1,44  | 0,341    |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.1. Análise comparativa por grupo etário

Para comparar até que ponto a idade influencia a qualidade de vida, recodificámos a idade dos participantes em três grupos sendo que o grupo I é composto pelos indivíduos na faixa etária entre os 20-40 anos, o grupo II dos 41-60 anos, e o grupo III é composto por todos os outros. Recorremos à análise efetuada através do teste de comparação múltipla. Resultados representados na Tabela 10.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da idade, o teste de comparação múltipla à posteriori, para avaliar a dimensão **Saúde Física**,  $F(2, 175) = 5.834, p = .004$ , indica-nos que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60 anos apresentam níveis mais elevados de saúde física. O que sugere uma melhor perceção de qualidade de vida ao contrário dos doentes mais velhos, que revelam ter menos saúde física. Quanto mais avançada a idade menos saúde física percecionada.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, na dimensão **Saúde Emocional**,  $F(2, 176) = 13.333, p = .000$ , o teste de comparação múltipla à posteriori indica-nos que os doentes faixa etária mais avançada percecionam pior saúde emocional apresentando níveis mais elevados que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere que os doentes com idades mais avançadas percecionam menos saúde emocional.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, o teste de comparação múltipla à posteriori indica-nos também que os doentes, idade mais avançada, apresentam uma crença mais forte na dimensão **Controlo Pessoal**,  $F(2, 169) = 3.645, p = .028$ , do que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere que na idade mais avançada, a crença sobre o controlo que os doentes têm sobre a sua doença é maior.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, o teste de comparação múltipla à posteriori indica-nos de comparação múltipla à posteriori indica-nos que relativamente aos resultados da dimensão **Sintomas**,  $F(2, 167) = 17.352, p = .001$ , que os doentes na faixa etária mais avançada, percecionam mais sintomas da doença, apresentando níveis mais elevados nesta dimensão do que os

doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere, que com o avançar da idade os doentes apresentam mais sintomas da doença. Percecionando pior qualidade de vida.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, o teste de comparação múltipla à posteriori para avaliar a dimensão **Efeitos da doença**,  $F(2, 167) = 11.670, p = .001$ , indicam-nos que os doentes com idade mais avançada, apresentam níveis mais elevados nesta dimensão. Ao contrário dos doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere, com o passar do tempo os doentes mais velhos revelam mais efeitos da doença, percecionando pior qualidade de vida.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, o teste de comparação múltipla à posteriori para avaliar a dimensão **Peso da doença**,  $F(2, 171) = 7.092, p = .001$ , indicam-nos que os doentes, na faixa etária mais avançada apresentam níveis mais baixos nesta dimensão, os resultados obtidos sugerem que com o passar do tempo os doentes com idade mais avançada percecionam mais consequências que a doença acarreta, do que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, o teste de comparação múltipla à posteriori para avaliar a dimensão a dimensão **Função cognitiva**,  $F(2, 176) = 12.062, p = .001$ , indicam-nos que os doentes, mais velhos apresentam níveis mais elevados nesta dimensão, do que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere que com o passar dos anos a perceção cognitiva é pior, sugerindo pior qualidade de vida percecionada, em relação aos doentes mais novos.

Para avaliar a qualidade de vida percecionada pelos doentes hemodialisados em função da faixa etária, o teste de comparação múltipla à posteriori para avaliar a dimensão a dimensão **Qualidade interação**,  $F(2, 175) = 13.324, p = .001$ , os resultados obtidos indicam-nos que os doentes na faixa etária mais avançada, apresentam níveis mais baixos nesta dimensão do que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere que os doentes mais idosos, com a cronicidade da doença, e domínio linha de

tempo apresentam ter sobrecarga da doença, menos actividade social, percecionam pior qualidade de vida.

Os resultados obtidos através do teste de comparação múltipla à posteriori para avaliar a dimensão **Apoio social**,  $F(2, 175) = 6.359$ ,  $p = .0011$ , indicam-nos que os doentes, mais velhos apresentam níveis mais elevados nesta dimensão, do que os doentes nas faixas etárias dos 20-40 anos e os dos 41-60. O que sugere que os mais velhos percecionam menos apoio social, sugerindo baixa perceção de qualidade de vida comparativamente aos doentes mais novos.

**Tabela 10-Diferenças por grupo etário**

| Dimensões           | 20 – 40 anos |      |   | 41 – 60 anos |      |    | > 60 anos |      |   | F    | Sig.    |
|---------------------|--------------|------|---|--------------|------|----|-----------|------|---|------|---------|
|                     | M            | DP   |   | M            | DP   |    | M         | DP   |   |      |         |
| <b>SF-36</b>        |              |      |   |              |      |    |           |      |   |      |         |
| Saúde física        | 47,7         | 16,5 | a | 39,5         | 21,7 | ab | 32,2      | 18,2 | b | 5.8  | 0,01**  |
| Saúde emocional     | 45,9         | 6,9  | a | 42,8         | 9,3  | a  | 52,2      | 12,5 | b | 13.3 | 0,00*** |
| Duração aguda       | 3,5          | 0,5  |   | 3,6          | 0,6  |    | 3,6       | 0,4  |   |      | 0,74    |
| Duração ciclica     | 3,3          | 0,7  |   | 3,2          | 0,7  |    | 3,1       | 0,7  |   |      | 0,31    |
| Consequências       | 3,7          | 0,7  |   | 3,8          | 0,6  |    | 3,8       | 0,7  |   |      | 0,77    |
| Controlo pessoal    | 3,4          | 0,4  | a | 3,3          | 0,3  | a  | 3,2       | 0,3  | b | 3.6  | 0,28*   |
| Controlo tratamento | 3,5          | 0,6  |   | 3,4          | 0,5  |    | 3,2       | 0,5  |   |      | 0,05    |
| Coerência           | 2,7          | 0,8  |   | 2,8          | 0,6  |    | 2,8       | 0,6  |   |      | 0,72    |
| R_emocional         | 3,0          | 1,0  |   | 3,2          | 0,9  |    | 3,3       | 0,9  |   |      | 0,31    |
| <b>ESDR</b>         |              |      |   |              |      |    |           |      |   |      |         |
| Estratégias         | 2,8          | 0,8  |   | 2,5          | 0,8  |    | 2,6       | 0,9  |   |      | 0,36    |
| Não aceitacao       | 2,7          | 0,9  |   | 2,4          | 0,9  |    | 2,6       | 0,9  |   |      | 0,24    |
| Consciencia         | 3,2          | 0,8  |   | 3,2          | 0,9  |    | 2,9       | 1,0  |   |      | 0,11    |
| Impulsos            | 2,7          | 0,8  |   | 2,4          | 0,8  |    | 2,6       | 0,9  |   |      | 0,18    |
| Objectivos          | 2,9          | 0,7  |   | 2,6          | 0,8  |    | 2,5       | 0,9  |   |      | 0,09    |
| Clareza             | 2,8          | 0,6  |   | 2,9          | 0,8  |    | 2,7       | 1,1  |   |      | 0,54    |
| <b>KDQOL</b>        |              |      |   |              |      |    |           |      |   |      |         |
| Sintomas            | 2,4          | 1,0  | a | 2,9          | 1,1  |    | 3,9       | 1,2  | c | 17.3 | 0,00*** |
| Efeitos             | 2,6          | 1,2  | a | 3,3          | 1,3  | b  | 4,1       | 1,2  | c | 11.7 | 0,00*** |
| Peso                | 2,4          | 1,2  |   | 2,0          | 1,2  | a  | 1,4       | 0,8  | b | 7.0  | 0,01*** |
| Actividd_Prof       | 1,5          | 0,2  |   | 1,5          | 0,2  |    | 1,5       | 0,1  |   |      | 0,18    |
| Funcao_Cog          | 2,8          | 1,3  | a | 3,1          | 1,4  | a  | 4,3       | 1,5  | b | 12.0 | 0,00*** |
| Qualidade_int       | 3,2          | 0,9  | a | 3,4          | 0,8  | a  | 4,1       | 0,9  | b | 13.3 | 0,00*** |
| Sono                | 9,8          | 3,9  |   | 9,0          | 3,9  |    | 10,3      | 3,3  | b |      | 0,23    |
|                     |              |      |   |              |      | a  |           |      |   |      |         |
| Apoio_Social        | 1,9          | 0,9  | a | 2,3          | 1,1  |    | 2,8       | 1,2  | b | 6.3  | 0,02**  |
| Encorajamento       | 1,7          | 0,9  |   | 1,8          | 0,9  |    | 2,0       | 0,9  |   |      | 0,35    |
| Satisfacao          | 5,7          | 1,4  |   | 5,8          | 1,7  |    | 5,6       | 1,6  |   |      | 0,90    |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

*Médias que partilham a mesma letra não são significativamente diferentes entre si de acordo com o teste Tukey, B.*

#### 4.2. Correlação entre qualidade de vida percebida e tempo de diálise

De forma a analisar se o tempo de diálise se relaciona com a qualidade de vida percebida, foram realizadas correlações de Pearson.

A correlação entre o tempo de início de diálise e a relação com as dimensões da qualidade de vida percebida indicaram uma correlação negativa com a saúde física ( $r = -.49$ ,  $p = .000$ ) e ausência de correlação significativa com a saúde emocional. Quanto mais longo é o tempo de diálise, menor a qualidade de vida percebida na dimensão da saúde física.

**Tabela- 11** Análise correlacional Q.V. Percecionada e tempo de diálise

| <b>Dimensões -SF-36</b> | <b>Tempo diálise</b> |
|-------------------------|----------------------|
| Função Física           | -,482***             |
| Desempenho Físico       | -,045                |
| Dor Corporal            | -,528***             |
| Saúde Geral             | -,565***             |
| Vitalidade              | ,314***              |
| Função Social           | -,291***             |
| Desempenho Emocional    | -,013                |
| Saúde Mental            | ,196*                |
| <b>Dimensões -KDQOL</b> |                      |
| Saúde Física            | -,486***             |
| Saúde Emocional         | ,097                 |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$



## 5.

### Objetivo 2

De forma a analisar se a perceção da doença, as dimensões específicas da qualidade de vida doentes renais e as dificuldades de regulação emocional, são preditores significativos da qualidade de vida nas dimensões física e emocional dos doentes com insuficiência renal crónica em diálise, recorreu-se ao modelo de regressão linear múltipla com o método Stepwise com as variáveis que se encontravam significativamente correlacionadas com as variáveis dependentes.

O modelo de regressão linear com as variáveis Apoio Social, Duração cíclica, Sono, Duração aguda, Controlo pessoal, Impulsos, Controlo tratamento, Peso, Consequências, Consciência, Coerência, Regulação emocional, Qualidade de interação, Não aceitação, Sintomas, Objetivos, Função Cognitiva, Efeitos, Estratégias como variáveis independentes e a variável saúde física como variável dependente explica 62% da variância da saúde física e é estatisticamente significativo,  $F(4, 114) = 49.4, p = .001$ .

As variáveis Efeitos ( $\beta = -.35, p = .000$ ), Peso ( $\beta = .30, p = .000$ ), Apoio social ( $\beta = -.21, p = .003$ ) e Estratégias ( $\beta = -.15, p = .012$ ), revelaram-se preditores significativos da saúde física. Quanto mais elevados são os níveis das variáveis sobre os efeitos da doença, e menor apoio social, pior é a qualidade de vida percecionada na componente da saúde física. Quanto menor o peso da doença, melhor é a qualidade de vida percecionada.

O modelo de regressão linear com as variáveis relacionadas com o sono, qualidade de interação, sintomas e função cognitiva como variáveis independentes e a variável saúde emocional como variável dependente explica 11% da variância da saúde emocional e é estatisticamente significativo,  $F(1, 151) = 20.2, p = .000$ . A variável sobre a regularidade do Sono ( $\beta = .34, t = 4.5, p = .000$ ), revelou-se um preditor significativo da saúde emocional. Quanto maiores são os níveis do variável sono melhor é a saúde emocional do doente.

## **6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A presente investigação teve como objetivo analisar em que medida a perceção da doença e as dificuldades de regulação emocional, contribuem para a qualidade de vida dos doentes renais em tratamento de diálise, tendo em consideração algumas variáveis sociodemográficas.

Após apresentação e análise dos dados, procederemos á apreciação crítica dos resultados apresentados, fazendo uma apresentação global do estudo de modo a destacar os resultados mais significativos, tendo por base o problema em estudo, a fundamentação teórica, os objetivos propostos e outros estudos relevantes pertinentes.

No nosso estudo em termos de variável idade, segundo a literatura é inferior à média nacional dos doentes hemodialisados que em 2011 era de 66 anos.

No nosso estudo sobre as dimensões da qualidade de vida do questionário SF-36, verifica-se que a vitalidade, indicando melhor qualidade de vida percecionada, seguida da saúde mental, enquanto que a dimensão desempenho emocional, indicando maior impacto da doença nesta dimensão. Quanto às dimensões saúde mental e saúde física, os nossos resultados indicam um maior impacto da doença na saúde física do que na saúde mental.

No estudo realizado por Lemos, et., al (2015), associam maior declínio de saúde mental e pior desempenho emocional nos doentes renais mais jovens. Identificaram melhor funcionamento físico e saúde geral nos mais jovens com idade inferior a 47 anos. Em comparação com os mais idosos que revelam pior funcionamento físico, mas apresentam melhor aspetos sociais, mais saúde mental.

No estudo realizado por Clarke et.al, (2016), os doentes renais em diálise apresentam alterações no desempenho emocional mesmo nos estágios iniciais na progressão da doença uma vez que estes relatam ter sentimentos moderados de emoções negativas, associados à doença, e aumentam com a carga de sintomas percecionados.

O que vai de acordo com o estudo de Anes e Ferreira (2009), quando se cruza a perceção da qualidade de vida com o tipo de admissão urgente, ou programada, para tratamento de diálise verifica-se uma qualidade de vida mais satisfatória nestas dimensões

referenciadas. O nosso estudo difere na dimensão desempenho emocional. No entanto, estes autores referem que estes resultados podem ser mais satisfatórios pelo facto de existirem equipas multidisciplinares, responsáveis por uma efetiva preparação dos doentes para diálise.

O nosso estudo revela que a perceção de qualidade de vida em relação à variável idade é estatisticamente significativa. Observou-se sobretudo que em geral vários domínios pioram significativamente com a idade. Os nossos resultados indicam que os doentes mais velhos percecionam menos saúde geral, menos controlo na doença, mais, peso da doença, mais sintomas/ problemas, mais efeitos da doença, pior perceção cognitiva, menos apoio social, menor qualidade de interação. Corrobora com os resultados apresentados por Anes e Ferreira (2009) bem como por, Lemos, et.al. (2015) e Luven et al.,(2015).

No nosso estudo os valores médios da qualidade de vida percebida pelos doentes renais nas dimensões saúde física sintomas/problemas, peso da doença renal, desempenho físico, é perceptível uma melhor qualidade de vida em adultos mais jovens. No estudo de Anes e Ferreira (2009) verificaram que a qualidade de vida varia no sentido inverso à idade em grande parte das dimensões que compõem o questionário de avaliação. Kirschenbaum (1991) citado em Anes e Ferreira (2009), revelam que esta condição se deve ao facto de os mais jovens serem o grupo etário mais saudável e Neves (2000), salienta que as pessoas de mais idade apresentam mais limitações físicas e mentais.

Verificamos no nosso estudo que as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados em Saúde geral, Peso da doença, revelam maior qualidade de Actividade profissional, e revelam ter melhor Sono, revelando melhor qualidade de vida em relação aos homens, nestas dimensões.

Os homens apresentam melhor nível de qualidade de vida em Vitalidade e no Função cognitiva, bem como na Qualidade de interação social, e Apoio social, revelando melhor qualidade de vida que as mulheres nestas dimensões. O que não corrobora com o estudo de Anes e Ferreira (2009), onde os homens apresentam melhor nível de qualidade de vida do que as mulheres em quase todas as dimensões. Vários estudos referem que na população em geral, são as mulheres que apresentam menor qualidade de vida. O estudo de Anes e Ferreira (2009) obteve resultados concordantes, bem como o de Lemos, et.al, (2015).

Da análise ao resumo estatístico referente às dimensões da perceção doença os resultados do nosso estudo revelam que a dimensão mais pontuada é a das consequências, indicando um maior impacto da doença nesta dimensão.

No domínio da linha de tempo, surge a duração aguda da doença indicando a cronicidade, e o impacto moderado. Neste contexto, para verificar a relação entre o tempo decorrido de DRC diagnosticado e o início de diálise para avaliar a QV percebida, nos resultados obtidos verificamos que houve uma correlação negativa significativa, nas dimensões função física, dor corporal saúde geral, vitalidade, função social, saúde mental, e saúde física. O que sugere, quanto menor for o tempo de tratamento, melhor a perceção da qualidade de vida.

No estudo de Jansen, et .al, (2013) para avaliar a variabilidade das perceções da doença e do tratamento dos doentes renais em diálise, as consequências da perceção de doença foram entendidas como mais negativas, pelos doentes em tratamento por períodos longos no domínio da linha de tempo. Os nossos resultados em relação às dimensões da representação cognitiva da doença, os doentes apresentam uma crença fraca no controle da sua doença através do tratamento, uma representação emocional negativa, uma perceção de duração crónica, com consequências graves, baixa compreensão e pouco controlo pessoal. O que corrobora com o estudo destes autores.

Quanto às atribuições causais para a doença, no nosso estudo verifica-se que existe uma crença moderada sobre a hereditariedade, seguida pelo fator alimentação, e de uma crença sobre o destino ou má sorte. O modo como cada doente enfrenta a doença é influenciado pelas perceções da qualidade de vida positivas e negativas. O nosso estudo corrobora com estudo de Jansen, et. al, (2013).

No nosso estudo da qualidade de vida percecionada sugere a satisfação do doente em relação ao tratamento, foi a dimensão que mais pontuou. Seguida da qualidade da interação social, indicando que os aspectos específicos da doença renal se associam de uma forma moderada e positiva de forma significativa na qualidade de vida percecionada. Enquanto que a dimensão atividade profissional foi a menos pontuada, indicando limitação parcial ou total nas imposições que o tratamento impõe para poder exercer a sua profissão, daí existir maior impacto da qualidade de vida nesta dimensão

Quanto às dimensões, efeitos e peso da doença, os resultados indicam um maior impacto da doença na saúde física. é influenciada significativamente pelos efeitos peso e apoio social.

Os resultados da nossa análise em relação às dificuldades de regulação emocional, apresentam valores médios em todas as dimensões, existindo, contudo, um valor ligeiramente mais elevado na dimensão que se relaciona com a falta de consciência emocional, indicando maior dificuldade na compreensão dos sentimentos.

No que respeita a não aceitação das emoções negativas, a dificuldade de controlo dos impulsos e de agir de acordo com os objetivos, assim como com a falta de clareza emocional e o acesso a estratégias de regulação emocional encontra-se em níveis medianos.

Os resultados do estudo realizado por S Haga et.al, para avaliar as estratégias utilizadas pelos doentes renais em hemodiálise, concluíram que as estratégias utilizadas estão associadas a uma variedade de variações físicas e psicológicas que podem estar relacionadas à doença renal e à sua gestão. Haga, Corby (2009).

No nosso estudo a natureza das relações entre a percepção de doença e o resultado no controlo que aparentam ter sobre a sua doença, pode ser justificado pela importância que atribuem ao tratamento, o que corrobora com o estudo de Timmers.et.al, (2008), que pode ser justificado pela crença na eficácia nas sessões diálise.

## **7. Conclusão**

Considerando os resultados obtidos do nosso estudo sobre a perceção de doença dos doentes renais, verificamos que os doentes renais apresentam uma crença fraca no controlo da doença através do tratamento, descreve uma perceção de cronicidade da doença, com consequências graves, baixa compreensão e pouco controlo pessoal.

As correlações entre o tempo de início de diálise, dimensões da qualidade de vida percebida indicaram correlações negativas significativas entre a dimensões da qualidade de vida percecionada, e o tempo de início do tratamento. Apesar, dos nossos resultados apresentarem níveis moderados de dificuldades de regulação emocional, não se revelaram preditores significativos da qualidade de vida percebida.

## **8. LIMITAÇÕES**

Algumas limitações estão subjacentes a este estudo, e deste modo, os possíveis resultados deverão ser discutidos tendo em conta estas limitações. Uma das dificuldades foi o facto de não avaliarmos os possíveis efeitos dos parâmetros bioquímicos, na qualidade de vida dos doentes com IRC.

Relativamente à amostra e ao método de amostragem, destacamos o facto de não percebermos até que ponto a utilização de recolha de dados on-line, poderá condicionar o número de participantes, o questionário é composto por catorze páginas muitas questões a serem respondidas, pelo que nos parece ser um factor negativo e que poderá resultar em amostras reduzidas.

No entanto consideramos que o presente estudo apresenta contributos para a possibilidade de alargar esta investigação com maior representatividade da população com doença renal crónica em diálise.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecassis, M., Bartlett, S. T., Collins, A. J., Davis, C. L., Delmonico, F. L., Friedewald, J. J., ... Gaston, R. S. (2008). Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: a National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQITM) conference. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 3(2), 471–80.  
<http://doi.org/10.2215/CJN.05021107>
- Anes, E., & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67–82. Retrieved from  
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13657>
- Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, A. (2016). Tudo sobre a Doença Renal Crónica, 1–4.
- Barros, M. (2007). [Marcus Barros talks about the environment and tropical diseases in the Amazon. Interview by Stella Oswaldo Cruz Penido. Introduction by Ruth B. Martins]. *Historia, Ciencias, Saude Manguinhos*, 14 Suppl, 291–302.  
<http://doi.org/10.1590/S0104-59702007000500013>
- Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *Jornal Brasileiro de Nefrologia : 'orgão Oficial de Sociedades Brasileira E Latino-Americana de Nefrologia*, 33(1), 93–108. <http://doi.org/S0101-28002011000100013> [pii]
- Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: Associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59–64. <http://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2011.00987.x>
- Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016a). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: A narrative review. *Clinical Kidney Journal*, 9(3), 494–502.  
<http://doi.org/10.1093/ckj/sfw014>
- Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016b). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical



- outcomes : a narrative review, 9(3), 494–502. <http://doi.org/10.1093/ckj/sfw014>
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 69–79. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.03.001>
- Cohen, S. D., & Weisbord, S. D. (2008). Quality of life in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis: survival is not enough!. *Journal of Nephrology*.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010a). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145–151. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010b). Versão Portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 37(4), 145–151. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Damasio, A. (2011). as emoções são processos que envolvem várias componentes e que se desdobram ao longo do tempo, e podem ser classificadas como primárias ou universais (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão). Por outro lado existem outros comportamentos aos . *Huffingtonpost.com*. Retrieved from [http://www.huffingtonpost.com/antonio-damasio/neuroscientist-explains-consciousness\\_b\\_783693.html](http://www.huffingtonpost.com/antonio-damasio/neuroscientist-explains-consciousness_b_783693.html) accessed
- De France, K., & Hollenstein, T. (2017). Assessing emotion regulation repertoires: The Regulation of Emotion Systems Survey. *Personality and Individual Differences*, 119, 204–215. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.018>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde N.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- Ferreira, C., Gay, M. C., Regnier-Aeberhard, F., & Bricaire, F. (2010). Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. *Annales Medico-Psychologiques*, 168(1), 25–33. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2007.09.005>
- Ferreira, P. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos :

criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 31–40.

French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6), 757–767. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.029>

Gesualdo, G. D., Duarte, J. G., Zazzetta, M. S., Kusumota, L., Say, K. G., Pavarini, S. C. I., & Orlandi, F. de S. (2017). Cognitive impairment of patients with chronic renal disease on hemodialysis and its relationship with sociodemographic and clinical characteristics. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(3), 221–226. <http://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-030003>

Gillanders, S., Wild, M., Deighan, C., & Gillanders, D. (2008). Emotion Regulation, Affect, Psychosocial Functioning, and Well-being in Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(4), 651–662. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.12.023>

Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health..pdf.

Gross, J. J. (2007). Gross, J.J., & Thompson, R.A. (in press). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. *Emotion*, 3, 3–24. <http://doi.org/10.1080/00140130600971135>

Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. *Handbook of Emotion Regulation*. <http://doi.org/10.1080/00140130600971135>

Haga, S. M., Kraft, P., & Corby, E. K. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 271–291. <http://doi.org/10.1007/s10902-007-9080-3>

Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17–32. <http://doi.org/10.1080/08870440290001502>

Knowles, S., Swan, L., Salzberg, M., Castle, D., & Langham, R. (2014). Exploring the

- Relationships Between Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies and Psychological Morbidity in a Chronic Kidney Disease Cohort. *The American Journal of the Medical Sciences*, 348(4), 271–276.  
<http://doi.org/10.1097/MAJ.0000000000000242>
- Lindsay, H., MacGregor, C., & Fry, M. (2014). The experience of living with chronic illness for the haemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. *Health Sociology Review*, 23(3), 232–241.  
<http://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081976>
- Mollaoglu, M., Candan, F., & Mollaoglu, M. (2016). Illness Perception and Hopelessness in Hemodialysis. *Archives of Clinical Nephrology*, 2(1), 44–48.
- Moran, A., Scott, A., & Darbyshire, P. (2011). Waiting for a kidney transplant: Patients' experiences of haemodialysis therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 501–509. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05460.x>
- Nefrologia, S. P. de. (2017). Relatório de 2016 do Gabinete de Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2–3(XII), 179–191. Retrieved from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994\\_23\\_179.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf)
- Pereira, J. P. T. G., Ferreira, A. I. V. da C. e S., Figueira, A. R., Nunes, A. S. M., Costa, G., Lima, J. M. C. P. de, ... Duarte, L. H. da S. T. (2016). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Nuclear, 69.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). O Doente Oncológico e a Sua Família, 27–38.
- Picariello, F., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., & Chilcot, A. J. (2017). The role of psychological factors in fatigue among end-stage kidney disease patients: a critical review. *Clinical Kidney Journal*, 10(1), 79–88. <http://doi.org/10.1093/ckj/sfw113>
- Picariello, F., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., & Chilcot, J. (2017). The role of psychological factors in fatigue among end-stage kidney disease patients: A critical review. *Clinical Kidney Journal*, 10(1), 79–88. <http://doi.org/10.1093/ckj/sfw113>
- Pinho, N. A. de, Oliveira, R. de C. B. de, & Pierin, A. M. G. (2015). Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(spe), 101–108. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700015>

Pun, P. H., Herzog, C. a, & Middleton, J. P. (2012). Improving ascertainment of sudden cardiac death in patients with end stage renal disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 7(1), 116–22.

<http://doi.org/10.2215/CJN.02820311>

Shaw, R. (2015). Being-in-dialysis: The experience of the machine-body for home dialysis users. *Health (London, England : 1997)*, 19(3), 229–244.

<http://doi.org/10.1177/1363459314539775>

Taylor, F., Taylor, C., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. (2016). Integrating emotional and psychological support into the end-stage renal disease pathway: a protocol for mixed methods research to identify patients' lower-level support needs and how these can most effectively be addressed. *BMC Nephrology*, 17(1), 111.

<http://doi.org/10.1186/s12882-016-0327-2>

Timmers, L., Thong, M., FW, D., EW, B., Heijmans, M., Rijken, M., ... Kaptein, A. (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health*, 23(6), 679–690 12p.

Turner, J. M., Bauer, C., Abramowitz, M. K., Melamed, M. L., & Hostetter, T. H. (2012). Treatment of chronic kidney disease. *Kidney International*.

<http://doi.org/10.1038/ki.2011.380>

Weinhandl, E., Constantini, E., Everson, S., Gilbertson, D., Li, S., Solid, C., ... Collins, A. J. (2015). Peer kidney care initiative 2014 report: dialysis care and outcomes in the United States. *American Journal of Kidney Diseases : The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 65(6). <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.03.021>

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431–445. <http://doi.org/10.1080/08870449608400270>

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431–445.

<http://doi.org/10.1080/08870449608400270>

## **ANEXO A**

### **Consentimento Informado**



No âmbito da tese de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, a decorrer no instituto Piaget Campus Universitário de Almada, a mestranda Maria de Fátima Barata Dias Mendes, sob orientação da Professora Doutora Maria João Santos Figueiras, está a desenvolver uma investigação intitulada Contributos da Perceção da doença e Regulação Emocional para a Qualidade de Vida em Doentes Renais

**Para a realização desta investigação pedimos a sua colaboração.**

**Este estudo pretende examinar em que medida a inteligência emocional, a percepção da doença, contribuem para a qualidade de vida na Insuficiência Renal Crónica.**

**São condições necessárias à sua participação nesta investigação: (1) Idade superior a 18 anos; (2) Encontrarem-se em situação de hemodialise ou diálise peritoneal.**

**A participação neste estudo é inteiramente voluntária. O tratamento dos dados recolhidos será totalmente confidencial e anónimo, e os seus resultados destinam-se apenas a Objetivo científico.**

**Agradecemos a disponibilidade e importante contribuição.**

## ANEXO B

## TABELA DE CAUSAS ASSOCIADAS Á DOENÇA RENAL

Tabela 1-Causas da doença renal

|                                      |       | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Stresse ou preocupação               | Freq. | 21    | 15    | 57    | 56    | 20    |
|                                      | %     | 12.4% | 8.9%  | 33.7% | 33.1% | 11.8% |
| Hereditariedade                      | Freq. | 10    | 8     | 46    | 74    | 30    |
|                                      | %     | 6.0%  | 4.8%  | 27.4% | 44.0% | 17.9% |
| Excesso de peso                      | Freq. | 13    | 15    | 58    | 64    | 20    |
|                                      | %     | 7.6%  | 8.8%  | 34.1% | 37.6% | 11.8% |
| tipo de alimentação                  | Freq. | 8     | 12    | 55    | 78    | 18    |
|                                      | %     | 4.7%  | 7.0%  | 32.2% | 45.6% | 10.5% |
| Destino ou má sorte                  | Freq. | 21    | 18    | 36    | 66    | 30    |
|                                      | %     | 12.3% | 10.5% | 21.1% | 38.6% | 17.5% |
| Poluição do ambiente                 | Freq. | 16    | 19    | 70    | 43    | 21    |
|                                      | %     | 9.5%  | 11.2% | 41.4% | 25.4% | 12.4% |
| O meu estado emocional               | Freq. | 26    | 34    | 65    | 35    | 9     |
|                                      | %     | 15.4% | 20.1% | 38.5% | 20.7% | 5.3%  |
| O meu próprio comportamento          | Freq. | 22    | 37    | 70    | 33    | 9     |
|                                      | %     | 12.9% | 21.6% | 40.9% | 19.3% | 5.3%  |
| pouca assistência médica no passado  | Freq. | 17    | 21    | 77    | 38    | 16    |
|                                      | %     | 10.1% | 12.4% | 45.6% | 22.5% | 9.5%  |
| Acidente ou lesão                    | Freq. | 16    | 26    | 68    | 46    | 11    |
|                                      | %     | 9.6%  | 15.6% | 40.7% | 27.5% | 6.6%  |
| A minha personalidade                | Freq. | 23    | 47    | 67    | 28    | 4     |
|                                      | %     | 13.6% | 27.8% | 39.6% | 16.6% | 2.4%  |
| Envelhecimento                       | Freq. | 15    | 24    | 62    | 51    | 17    |
|                                      | %     | 8.9%  | 14.2% | 36.7% | 30.2% | 10.1% |
| Micróbio /virus                      | Freq. | 13    | 16    | 81    | 39    | 19    |
|                                      | %     | 7.7%  | 9.5%  | 48.2% | 23.2% | 11.3% |
| A minha atitude mental               | Freq. | 30    | 43    | 65    | 25    | 7     |
|                                      | %     | 17.6% | 25.3% | 38.2% | 14.7% | 4.1%  |
| Alteração das defesas                | Freq. | 13    | 32    | 73    | 39    | 14    |
|                                      | %     | 7.6%  | 18.7% | 42.7% | 22.8% | 8.2%  |
| Não ter sido vacinado                | Freq. | 26    | 26    | 77    | 25    | 16    |
|                                      | %     | 15.3% | 15.3% | 45.3% | 14.7% | 9.4%  |
| Problemas familiares ou preocupações | Freq. | 27    | 36    | 69    | 23    | 16    |
|                                      | %     | 15.8% | 21.1% | 40.4% | 13.5% | 9.4%  |
| Excesso de trabalho                  | Freq. | 28    | 31    | 75    | 23    | 13    |
|                                      | %     | 16.5% | 18.2% | 44.1% | 13.5% | 7.6%  |

**Legenda:** 1 - Discordo plenamente 2 - Discordo 3 - Não Concordo Nem Discordo 4 - Concordo 5 - Concordo plenamente

**ANEXO C**  
**ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (IPQ&SF-36)**

Tabela 2- Estatísticas descritivas (IPQ)

|                         | N   | Mínimo | Máximo | Média | Desvio<br>padrão |
|-------------------------|-----|--------|--------|-------|------------------|
| Duração aguda           | 172 | 1,33   | 4,83   | 3.57  | .53              |
| Duração ciclica         | 171 | 1,50   | 4,75   | 3.17  | .68              |
| Consequências           | 172 | 1,33   | 4,83   | 3.76  | .65              |
| Controlo pessoal        | 172 | 2,50   | 4,00   | 3.31  | .33              |
| Controlo tratamento     | 173 | 2,00   | 5,00   | 3.36  | .54              |
| Coerência               | 169 | 1,40   | 4,20   | 2.78  | .66              |
| Representação emocional | 168 | 1,17   | 5,00   | 3.20  | .88              |

## ANEXO D

### ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (SF-36)

Tabela 3 descritivas (SF-36)

|                      | N   | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|----------------------|-----|--------|--------|-------|---------------|
| Função física        | 179 | 10,00  | 30,00  | 47.57 | 31.92         |
| Desempenho físico    | 179 | 4,00   | 8,00   | 44.08 | 44.16         |
| Dor corporal         | 180 | 3,20   | 11,00  | 41.66 | 24.22         |
| Saúde Geral          | 178 | 5,00   | 23,40  | 26.22 | 21.51         |
| Vitalidade           | 179 | 9,00   | 22,00  | 68.30 | 18.96         |
| Função social        | 180 | 2,00   | 10,00  | 46.94 | 20.53         |
| Desempenho emocional | 179 | 3,00   | 6,00   | 10.10 | 11.48         |
| Saúde mental         | 179 | 6,25   | 27,00  | 56.98 | 20.50         |
| Saúde Física         | 178 | 3,00   | 86,75  | 39.63 | 20.51         |
| Saúde Emocional      | 179 | 21,25  | 77,50  | 45.54 | 10.32         |

## ANEXO E

### ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (KDQOL)

Tabela 4 – Estatísticas descritivas (KDQOL)

|                            | N   | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|----------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------|
| Sintomas/problemas         | 170 | 1,00   | 5,00   | 3.00  | 1.22          |
| Efeitos da doença          | 170 | 1,00   | 5,00   | 3.31  | 1.33          |
| Peso da doença             | 174 | 1,00   | 5,00   | 1.93  | 1.14          |
| Actividade profissional    | 176 | 1,00   | 2,00   | 1.49  | .18           |
| Função cognitiva           | 179 | 1,00   | 6,00   | 3.30  | 1.50          |
| Qualidade interação social | 178 | 1,00   | 6,00   | 3.50  | .88           |
| Sono                       | 161 | 3,00   | 20,00  | 9.45  | 3.79          |
| Apoio Social               | 178 | 1,00   | 4,00   | 2.31  | 1.12          |
| Encorajamento do pessoal   | 167 | 1,00   | 4,00   | 1.82  | .86           |
| Satisfação do doente       | 171 | 1,00   | 7,00   | 5.72  | 1.58          |



## ANEXO F

### ESTATISTICA DESCRITIVA DIFICULDADES REGULAÇÃO EMOCIONAL

**Tabela -5** Análise descritiva das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

| Dimensões<br>Variação (1-5) | nº de itens | Média | Desvio<br>padrão |
|-----------------------------|-------------|-------|------------------|
| Estratégias                 | 8           | 2.58  | .83              |
| Não aceitação               | 6           | 2.52  | .92              |
| Consciência                 | 6           | 3.12  | .90              |
| Impulsos                    | 6           | 2.53  | .83              |
| Objectivos                  | 5           | 2.66  | .82              |
| Clareza                     | 5           | 2.81  | .82              |

**ANEXO G**  
**TABELAS RESUMO DOS MODELOS**

| Model | R    | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|------|----------|-------------------|----------------------------|
| 5     | ,796 | ,633     | ,617              | 11,92282                   |

Tabela 7 – Resumo do modelo

| Model | R    | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|------|----------|-------------------|----------------------------|
| 2     | ,387 | ,150     | ,142              | 9,96165                    |

**ANEXO H****TABELAS ANOVA DO MODELO**

Tabela 8 - Anova

| Model |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F      | Sig.    |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|---------|
| 5     | Regression | 26993,948      | 5   | 5398,790    | 37,979 | ,000*** |
|       | Residual   | 15636,893      | 110 | 142,154     |        |         |
|       | Total      | 42630,841      | 115 |             |        |         |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ 

Tabela 9 - Anova

| Model |            | Sum of Squares | df  | Mean Square | F      | Sig.    |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|---------|
| 5     | Regression | 2476,056       | 2   | 1238,028    | 12,897 | ,000*** |
|       | Residual   | 10942,845      | 114 | 95,990      |        |         |
|       | Total      | 13418,902      | 116 |             |        |         |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**ANEXO I**  
**COEFICIENTES DE SAÚDE FÍSICA /EMOCIONAL**

Tabela 10 – Coeficientes

| Modelo 5     | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t      | Sig.    |
|--------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|---------|
|              | B                           | Std. Error | Beta                      |        |         |
| (Constante)  | 70,004                      | 8,316      |                           | 8,418  | ,000    |
| Efeitos      | -5,458                      | 1,343      | -,361                     | -4,063 | ,000*** |
| Peso         | -7,138                      | 1,986      | ,293                      | 3,594  | ,000*** |
| Apoio social | -3,591                      | 1,172      | -,215                     | -3,064 | ,003**  |
| Satisfação   | -1,644                      | ,679       | -,141                     | -2,420 | ,017*   |
| Estratégias  | -2,896                      | 1,411      | -,124                     | -2,052 | ,043*   |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Tabela 11 – Coeficientes

| Modelo 5         | Unstandardized Coefficients |            | Standardized Coefficients | t      | Sig.    |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|---------|
|                  | B                           | Std. Error | Beta                      |        |         |
| (Constante)      | 31,406                      | 3,117      |                           | 10,077 | ,000    |
| Sono             | 1,136                       | ,266       | ,363                      | 4,264  | ,000*** |
| Função cognitiva | 1,363                       | ,617       | ,188                      | 2,211  | ,029*   |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**PÁGINA DEIXADA EM BRANCO PROPOSITADAMENTE**